Résultats de recherche ayant une incidence sur les priorités en matière de services de santé mentale

86-02594/

RÉSULTATS DE RECHERCHE AYANT UNE INCIDENCE SUR LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Actes d'un colloque national commandité par
la Division de la santé mentale
de Santé et Bien-être social Canada
et
le Comité consultatif de la recherche en
santé mentale

Du 13 au 15 février 1984
Toronto, Ontario, Canada

Publication autorisée par le
ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social

Also available in English under the title
"Research Findings Significant to Priority-Setting
for Mental Health Services"

AVANT-PROPOS

Le problème de l'élaboration de critères sur lesquels pourraient se fonder les priorités de l'attribution de maigres ressources est particulièrement aigu dans le domaine de la santé mentale, où il se présente toujours plus d'une option. Ce symposium voulait se pencher sur une option possible, celle visant à appliquer les conclusions de travaux de recherche au procédé d'établissement des priorités.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements sincères à tous ceux qui ont collaboré au symposium avec tant d'enthousiasme - au Groupe consultatif sur la recherche en santé mentale présidé par le docteur Roger Bland, d'Edmonton, qui a décidé du concept et du thème, et en particulier au docteur Alexander Leighton, de Halifax, au docteur John Clayton, expert-conseil en psychiatrie auprès de la Division, à Ivy Williams, qui a coordonner et organisé la rencontre et au docteur Margaret Brillinger qui a rédigé les procès-verbaux. Des remerciements s'adressent aussi à Dennis Kealey qui, à titre de sous-ministre adjoint par intérim de la Direction générale des services et de la promotion de la santé a accordé son appui et son autorisation à cet important événement.

B. Wattie, Ph.D.
Directrice, Division de la
santé mentale

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1985
N° de cat. H39-85/1985F
ISBN 0-662-93497-0

TABLE DES MATIÈRES

Page

Avant-propos
Brenda Wattie .....

Allocution principale - L'épidémiologie des troubles mentaux et la politique de santé publique
Norman Sartorius 1

PREMIER THÈME - Recherche et priorités en matière de services : quelques considérations générales

L'épidémiologie, le diagnostic, l'incapacité et la définition des objectifs prioritaires en santé mentale
Roger C. Bland 21

Les marqueurs biologiques dans les affections psychiatriques et neurologiques
Alan A. Boulton 33

Le dépistage et la prévalence des troubles mentaux chez les alcooliques et les toxicomanes
Helen E. Ross et Frederick B. Glaser 43

La question des cadres de référence dans l'établissement de priorités - L'apport des sciences sociologique et anthropologique
Ellen Corin 51

Le rôle de la recherche dans l'élaboration des programmes
Stanley J.J. Freeman 61

Les priorités de la santé mentale et le médecin de famille
Brian K.E. Hennen 78

DEUXIÈME THÈME - Recherche et priorités en matière de services : applications à des populations particulières

Les problèmes liés à l'alcool : incidence de la recherche sur la définition de priorités et l'élaboration de programmes
Harvey A. Skinner 95

Comparaison des réseaux de soins destinés aux psychotiques chroniques
Brenda Wattie 107

Page

Considérations d'ordre épidémiologique en psychiatrie médico-légale : problèmes et possibilités
C.D. Webster 136

Problèmes relatifs à la création de services pour les personnes âgées souffrant de maladie mentale
H.B. Kedward 149

La santé mentale de l'enfant : secteurs de recherche prioritaires
Brian J. McConville 160

TROISIÈME THÈME - Problèmes et priorités : un aperçu général

Priorité aux valeurs et croyances : une introduction aux ateliers
John K. Clayton, coordonnateur des ateliers 171

Rapports d'ateliers

L'alcoolique
présenté par Robert Duguay 175

Le malade chronique
présenté par John Toews 178

Les enfants
présenté par Brian McConville 180

Les personnes âgées
présenté par H.B. Kedward 182

Allocution principale - L'importance de l'ordre de priorité dans le domaine de la santé mentale
Alexander Leighton 185

Le mot de la fin
Roger C. Bland, président, Comité consultatif de la recherche en santé mentale 194

Participants au symposium 196

Allocution principale

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES MENTAUX ET LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

NORMAN SARTORIUS
Directeur, Division de la santé mentale,
Organisation mondiale de la Santé

RÉSUMÉ

Malgré la forte prévalence des troubles mentaux dans le monde entier et en dépit des données que nous a fournies la recherche épidémiologique, les programmes axés sur la santé mentale sont toujours relégués au second plan, et les résultats de la recherche n'ont eu qu'une faible incidence sur les politiques. On propose quatre hypothèses afin d'expliquer ce manque apparent d'influence : 1) l'inefficacité des modes de sélection et de communication des conclusions des recherches aux responsables des politiques; 2) l'utilisation des conclusions pour entériner les décisions passées plutôt que pour étayer les décisions futures; 3) le décalage temporel entre la production des données et leur infiltration dans les politiques et programmes; 4) une combinaison des trois hypothèses précédentes. Il importe avant tout de définir la santé mentale. Si l'élimination de la maladie mentale représente un objectif fort louable, il reste qu'elle ne garantit pas la santé et le bien-être mental. Il nous faut créer une épidémiologie des états de santé et insister sur l'importance d'une vie mentale pleine et enrichissante.

Je vous remercie beaucoup. Je suis très heureux d'être parmi vous aujourd'hui. Voici arrivée la dernière journée de mon bref séjour au Canada au cours duquel j'ai eu la chance de rencontrer quelques-uns d'entre vous. J'ai été très impressionné et je vous quitte avec le vif désir de revenir afin d'en apprendre davantage sur tout ce qui se passe au Canada. J'aimerais témoigner ma reconnaissance au gouvernement du Canada qui a rendu ce voyage possible et qui m'a offert la possibilité de vous faire part de quelques-unes de mes idées sur l'épidémiologie et la politique de santé mentale.

Ce matin, mes propos porteront surtout sur la relation singulière qui existe entre les données, la recherche épidémiologique en général et l'élaboration de la politique de santé mentale. Par exemple, le fait qu'on compte dans le monde entier environ 300 millions de personnes qui souffrent de troubles mentaux suffisamment graves pour justifier une forme quelconque d'intervention et qui, en raison de ces troubles verront toute leur vie perturbée, devrait susciter un vif enthousiasme pour la santé mentale et inciter les dirigeants à consacrer des fonds et des installations à la résolution de ce problème. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Nous sommes probablement responsables d'une épidémie d'incapacités, comme Kramer, par

exemple, l'avait prédit, et notre désintéressement à l'égard des facteurs psychologiques qui transforment une déficience en une incapacité entraînera une incapacité, massive. La connaissance de ces facteurs devrait nous inciter à engager des sommes faramineuses dans des programmes à caractère psychosocial. Cela n'est pas le cas non plus. En outre, le fait que le monde dans lequel nous vivons connaisse des transformations socio-économiques et culturelles profondes qui entraînent à leur tour des changements importants dans la vie des individus et des collectivités, signifie probablement aussi qu'il faudrait faire beaucoup plus à ce chapitre et, à tout le moins, consulter les gens à cet égard. Mais, à peu d'exception près, rien de cela ne se produit, que ce soit à l'échelle mondiale ou à l'échelle nationale. Il semble qu'en dépit des renseignements fournis par la recherche épidémiologique, les programmes axés sur la santé mentale et la prestation de soins aux personnes souffrant de troubles mentaux aient une importance très secondaire dans la plupart des pays. Les sciences du comportement reçoivent également peu de fonds pour la recherche et encore moins de reconnaissance. Les interventions et les changements majeurs dans les politiques économiques et socioculturelles ont généralement lieu sans égard aux conseils des spécialistes en santé mentale. Voilà qui semble le cas dans de nombreux pays. La situation est légèrement différente en ce qui concerne la santé mentale mais, ici encore, on retrouve le même paradoxe. Par exemple, le Mexique et la France ont décidé de faire de la santé mentale l'un des trois objectifs prioritaires dans leurs plans nationaux, non pas dans leurs plans de santé, mais dans leurs plans de développement, tandis que la psychiatrie se classe au dernier rang dans l'ordre de priorité des programmes de santé. Il n'y a étrangement aucune donnée sur laquelle on puisse fonder une initiative axée sur la santé mentale, tandis que les données relatives à la maladie mentale foisonnent.

Il semble donc que les responsables de la politique sanitaire n'écoutent pas les scientifiques. Ils prennent des décisions sans égard, semble-t-il, aux conclusions de recherches très poussées. Ils commettent des erreurs évitables, sans raison valable, et plutôt que d'utiliser les données qui leur sont fournies, ils financent de nouvelles recherches semblables. Pour leur part, lorsqu'ils demandent ces fonds, les chercheurs sont convaincus au départ - ils en ont eu de nombreuses preuves dans le passé - que personne ne tiendra compte des découvertes qu'ils feront. Il semble que ce phénomène se retrouve également en dehors du domaine de la santé et dans le grand public. En effet, bien que tous aient accès aux données épidémiologiques sur la maladie, la déficience et l'incapacité mentale, la plupart des gens n'y accordent pas beaucoup d'attention. Ils ont tendance à privilégier l'information portant sur les sources de plaisir et sur les façons d'accroître leurs capacités physiques et mentales. Il y a quelques années, devant l'assemblée des Nations Unies, le gouvernement de la Grenade a proposé que tout le monde consacre une heure par jour à la méditation, car cela éliminerait la guerre. Cette proposition ne suscita pas beaucoup d'enthousiasme, mais elle fut faite tout de même. En revanche, personne ne proposa de mesures plus concrètes.

Les médecins et les autres professionnels qui s'intéressent plus particulièrement au traitement de la maladie ne semblent pas se préoccuper outre mesure des données épidémiologiques. Si vous leur posez la question, ils

vous répondront avec conviction que le fait de connaître certaines données épidémiologiques ne s'est jamais révélé particulièrement utile dans l'exercice quotidien de leur profession.

Il est donc évident que personne n'écoute les épidémiologistes, que ce soit les autorités sanitaires, les responsables des politiques dans d'autres secteurs sociaux, le grand public ou les professionnels. Ils agissent pour une foule de raisons émotives, sans égard aucun aux preuves fournies par les épidémiologistes. Ils semblent préférer l'irrationalité dans la prise de décisions et, chose assez bizarre, ils ne semblent pas s'en porter plus mal pour autant. S'il en est ainsi, les fameuses propositions énoncées si éloquemment par Morris et ses collaborateurs au sujet des nombreuses utilités de la recherche épidémiologique ne sont pas valables. Ce sont les épidémiologistes qui sont assez naïfs pour croire que leurs données peuvent infléchir les politiques.

Par ailleurs, on ne peut pas exclure la possibilité que dans certains cas, dans certains pays, au cours d'un moment de faiblesse et pour une foule de raisons indépendantes, certaines données épidémiologiques aient en fait eu une influence directe sur les décisions et les politiques. La réduction du nombre de lits d'hôpitaux en Grande-Bretagne est parfois citée comme étant un exemple classique de l'utilisation judicieuse de données dans l'élaboration de politiques. On cite également un cas au Nouveau-Brunswick, oui, ici même dans votre pays, où des données épidémiologiques ont été utilisées à cette fin. Mais, pour chaque exemple semblable, il y en a des centaines d'autres où les données n'ont eu aucune incidence sur les politiques. Au surplus, il est très difficile de trouver un exemple direct de répercussions des données sur la politique dans la plupart des pays et, même s'il y a un effet sur les mesures, les données semblent n'avoir aucune incidence sur la politique. En outre, de nombreux exemples de répercussions semblent ne pas supporter un examen minutieux et se dissoudre dès qu'on tente de les examiner attentivement pour déterminer dans quelle mesure les données ont eu un effet sur les politiques.

Heureusement, puisque personne n'a démontré de façon irréfutable notre capacité de mesurer l'impact des données épidémiologiques, j'estime avoir le droit de conjecturer et de faire des généralisations au sujet du manque apparent d'influence. J'aimerais vous proposer quatre hypothèses pour expliquer cette situation. Ma <u>première hypothèse</u> est que les plaintes au sujet du refus des décideurs d'utiliser les données épidémiologiques sont exagérées et non fondées et qu'elles proviennent de chercheurs qui produisent des données non pertinentes et les présentent de façon incompréhensible à leurs propres gens. Ma <u>deuxième hypothèse</u> est que ces plaintes sont tout à fait justifiées et qu'<u>aucun</u> responsable de politiques ne veut avoir les données épidémiologiques jusqu'à ce qu'une décision ait été prise, après quoi on utilisera de façon sélective ces données pour justifier la décision en question. Ma <u>troisième hypothèse</u> est que les données produites sont effectivement utilisées, mais qu'il y a une période d'incubation ou un décalage temporel entre la production et l'utilisation des données au cours duquel on prend des décisions fondées sur des données antérieures. Dans ce dernier modèle, les données se comportent essentiellement comme un virus lent. Vous l'ingérez et rien ne se produit pendant une longue période. Longtemps après, l'effet du virus se fait

sentir. Entre temps, vous ressentez l'effet d'autres virus lents ingérés antérieurement. Enfin, la quatrième hypothèse, qui est en réalité très peu compromettante, est que les trois hypothèses que j'ai énoncées sont à la fois vraies et fausses jusqu'à un certain point, de sorte que personne ne peut attaquer mon raisonnement.

Ma première hypothèse au sujet du manque de pertinence des données produites par les épidémiologistes qui étudient les troubles mentaux est fondée sur le fait que, pour une foule de raisons inhérentes à la recherche et au processus d'élaboration des politiques, il n'est que rarement possible de produire des données qui se rapportent aux choix qui s'offrent aux responsables des politiques au moment où les données sont produites. Qu'elles soient valables ou non, les données ne sont pertinentes que lorsqu'elles se rapportent directement à la fois dans le temps et dans l'espace aux préoccupations et aux besoins du consommateur, c'est-à-dire, dans le cas qui nous intéresse, aux responsables de la politique. Ainsi, même les découvertes les plus extraordinaires ne sont utiles que si elles arrivent à point nommé. Comme ceux d'entre vous qui s'occupent de recherches ou de politiques le savent bien, une simultanéité semblable est rarissime.

Les données sont également inutiles si elles sont exprimées dans un registre différent de celui qu'utilisent les responsables de la politique. Le fait, par exemple, de déclarer qu'on compte 20 nouveaux cas de schizophrénie par 100 000 habitants, par année, n'a rien d'intéressant pour la plupart des décideurs qui doivent affecter des ressources, contrôler des fonds, protéger le gouvernement de toute situation embarrassante, se faire réélire et donner satisfaction à des professionnels et des groupes de pression qui font connaître bruyamment leurs revendications. Le chiffre de 20 sur 100 000 devrait être accompagné de renseignements supplémentaires, par exemple, la prévalence probable de la schizophrénie dans la région pour laquelle ils sont responsables ou dans leur circonscription. Encore, on pourrait leur fournir des chiffres au sujet du niveau d'incapacité que la maladie risque d'y causer ou leur expliquer ce qui risque de survenir si la maladie n'est pas traitée. On peut également leur faire savoir ce qui arrive actuellement aux personnes atteintes de cette maladie et les renseigner au sujet des conséquences désagréables pour la collectivité, une couche importante de la population, les services de santé ou les décideurs eux-mêmes si aucune mesure corrective n'est prise.

La réaction immédiate au problème de la toxicomanie parmi les adolescents des familles appartenant aux classes moyennes et supérieures qu'on a observée dernièrement dans certains pays asiatiques (l'Indonésie, par exemple) illustre très bien cette question de la pertinence de l'information, mieux en fait que tout traité, en particulier lorsqu'on compare cette réaction aux haussements d'épaules qu'on obtient généralement en réponse à une déclaration selon laquelle, par exemple, la prévalence de la déficience mentale, dans ces mêmes pays, qui est à peu près 100 fois plus élevée que la toxicomanie.

Il importe de souligner, je crois, que le cas utilisé en recherche épidémiologique n'a rien de comparable à celui sur lequel on se fonde pour prendre

les décisions en matière de santé. Pour qu'un cas soit utilisable en épidémiologie et en prise de décisions, il doit satisfaire à cinq critères. Premièrement, il ne suffit pas qu'une personne soit atteinte d'une maladie pour être dénombrée (en fait, il n'importe pas vraiment qu'elle soit malade). Deuxièmement, il importe que quelqu'un reconnaisse qu'il s'agit d'une maladie. Troisièmement, il doit s'agir d'un cas dans lequel le patient, la collectivité, le décideur ou la famille souhaite une intervention. Quatrièmement, il doit exister un traitement ou une forme quelconque d'intervention qui ait une certaine efficacité. Enfin, toute initiative ou mesure doit être acceptable sur les plans moral, politique et autres. S'il satisfait à ces cinq critères, le cas utilisé en épidémiologie peut également servir en vue de la prise de décisions.

En outre, je crois que les décideurs sont plus susceptibles d'être impressionnés par des énoncés du type : en Europe, pour chaque mort sur la route, on compte un suicide et pour chaque suicide réussi, on compte dix tentatives de suicide et environ 30 p. 100 de toutes les dépenses des services d'urgence sont imputables aux tentatives de suicide. Des énoncés semblables ont plus de chances de provoquer une réaction que des énoncés du type : on compte 14 morts par 100 000 habitants, par année, surtout parmi les personnes âgées et souvent chez les personnes atteintes de maladies chroniques incurables. Il est préférable de dire qu'on relève 100 000 morts par suicide par année que de citer des chiffres de prévalence comme nous le faisons d'habitude. Cela revient à peu près à dire qu'en plus de sa formation en épidémiologie, l'épidémiologiste doit avoir l'éloquence d'un orateur et savoir comment présenter les données aux personnes qui décideront des mesures à prendre.

Par ailleurs, en plus d'être impertinentes, inopportunes et non conformes aux préoccupations du décideur, les informations présentées peuvent également être tout à fait incompréhensibles pour d'autres raisons. Nous les scientifiques avons tendance à tenir pour acquis que les décideurs sont comme nous, alors qu'en réalité ils ne le sont pas. Ils pensent différemment. Les chercheurs qui produisent des données sur les troubles mentaux supposent que les décideurs pensent comme eux et partagent leurs préoccupations et leurs souhaits. Pourquoi, par exemple, quelqu'un voudrait-il faire quelque chose pour les personnes atteintes de déficience mentale légère? Elles ne semblent pas revendiquer quoi que ce soit. Leurs parents ne se plaignent pas trop. Personne ne meurt d'une telle affection. De toute manière, on trouve toutes sortes de personnes en ce bas monde, alors pourquoi faire quoi que ce soit? Si les épidémiologistes ou les experts en santé mentale estiment que le développement des facultés intellectuelles et une vie mentale pleine et épanouie doivent être les objectifs primordiaux de toute initiative sanitaire, il reste que ce système de valeurs n'est pas nécessairement partagé par les autres professionnels de la santé, et encore moins par les décideurs. Si les épidémiologistes ne tiennent pas compte de ce fait, leurs données seront incomprises et n'auront pas l'impact souhaité.

Bien sûr, il est facile de présenter des données absurdes et incompréhensibles. Pour ce faire, il suffit de les présenter aux mauvaises personnes. Trop souvent, les épidémiologistes oublient d'appliquer leur propre science aux modèles de prise de décisions dans leur propre milieu. Les métho-

des utilisées pour l'étude des liens sociaux et diverses autres méthodes n'en sont peut-être encore qu'à un stade très primitif, mais même le peu de connaissances que nous possédons au sujet de la structure du pouvoir ne sont pas habituellement utilisées lors de la présentation des données. Très souvent, les meilleures données sur les troubles mentaux sont publiées dans des revues obscures qui sont difficiles à obtenir même pour les membres de la profession. Il n'est pas rare, malheureusement, de voir des épidémiologistes qui, après plusieurs tentatives vaines et frustrantes, renoncent à tenter d'infléchir la politique au moyen de leurs données et consacrent plutôt leur temps à écrire pour leurs collègues sans mettre dans leurs articles le mordant qui les aiderait peut-être à convaincre les gens qui ne partageaient pas leur opinion au départ.

Ma deuxième hypothèse est que les décideurs et les responsables des politiques ne se préoccupent guère des découvertes épidémiologiques qui se rapportent aux troubles mentaux. Il est très facile de trouver les raisons pour expliquer cet état de choses. D'abord, un grand nombre de ces responsables n'ont jamais reçu de formation dans le domaine de la santé mentale. Dans certains cas, ils ont peut-être passé une courte période au début de leur carrière à visiter l'asile d'aliénés local et ont peut-être pendant cette brève période été très amusés par le comportement bizarre des internés, heureux de voir ces fous enfermés plutôt qu'errer dans les rues où ils ne sont qu'une source d'embarras pour tous et chacun, et légèrement dégoûtés des conditions hygiéniques qu'ils voyaient dans ces hôpitaux. Dans certains cas, ils ont peut-être éprouvé une sympathie authentique pour ces personnes internées, mais ils ont tout probablement reçu l'assurance de leur maître, comme cela se passe encore aujourd'hui dans certains pays, qu'il n'y avait à peu près rien à faire pour eux et qu'après tout, ils étaient au moins protégés du froid, de la chaleur et des intempéries.

Une deuxième raison qui explique leur manque d'intérêt à l'égard des données épidémiologiques est que la plupart des décideurs et des responsables de politiques ont de l'aversion pour les scientifiques, car ils les trouvent trop peu préoccupés par la tâche extrêmement difficile d'administrer les services de santé et autres. En outre, le grand public non plus n'aime pas les intellectuels. Par conséquent, les décideurs trouvent un appui dans les croyances populaires. Les propositions mises de l'avant par les scientifiques sont, de l'avis et selon l'expérience des décideurs, probablement irréalistes et souvent difficiles à expliquer. En outre, ils ne fournissent aucune donnée concrète sur la façon de régler les difficultés qui surgissent inévitablement lorsqu'une décision est prise, et une option privilégiée par rapport à d'autres. Dans un grand nombre de ces propositions faites par les scientifiques, on ne trouve pas non plus beaucoup de renseignements sur les coûts indirects de leur mise à exécution. Par exemple, ils ne font aucune suggestion sur les moyens à prendre pour apaiser tous les autres groupes dont les projets n'ont pas été mis en oeuvre parce que le leur a été accepté.

Une troisième raison pour laquelle les décideurs refusent de tenir compte des résultats de recherches est que les épidémiologistes présentent souvent ces données en oubliant que les décideurs et les législateurs et d'autres personnes doivent entendre très souvent la même chose avant de commencer à

y croire. Quelle que soit la valeur des preuves à l'appui, et même s'il est compréhensible, pertinent et vrai, et s'il arrive au moment opportun, un fait ne provoquera pas une réaction marquée s'il n'est présenté qu'une seule fois. Les mêmes découvertes ou constatations doivent être présentées ailleurs, à d'autres occasions. Le processus d'élaboration des politiques est habituellement fondé sur des données, mais rarement dirigé par celles-ci. Les données sont en quelque sorte comme une mappemonde, mais les directions qu'il faut suivre sur cette carte, c'est-à-dire s'il faut aller vers l'est ou l'ouest, vers le nord ou le sud, ne dépendent pas de la carte. La carte a pour unique fonction d'indiquer les accidents géographiques et les risques auxquels on s'expose si l'on va dans une direction particulière.

Je crois qu'on peut mieux illustrer cette difficulté à l'aide du fameux exemple du mode d'évaluation des besoins pour les responsables de politiques. L'épidémiologie peut nous fournir des données représentant la prévalence des troubles mentaux dans une population donnée et, dans certains cas, ces chiffres ont été présentés aux décideurs comme une évaluation des besoins. Mais tel n'est jamais le cas. D'abord, comme nous l'avons mentionné précédemment, l'épidémiologiste et le responsable des décisions ne voient pas les choses de la même manière. Deuxièmement, les besoins des patients, des décideurs, des familles et des collectivités sont rarement identiques. En fait, ils se chevauchent très peu. Parfois, il faut également composer avec les besoins internationaux qui correspondent encore moins à ceux des quatre autres groupes. À moins d'établir un diagramme sur lequel on verra un chevauchement entre les différents types de besoins, ces besoins ne seront jamais estimés.

Outre ces deux faits, c'est-à-dire, le fait que les données soient, au mieux, une représentation de la situation et le fait que les besoins ne correspondent pas à la prévalence, il y a un certain nombre d'autres faits dont il faut tenir compte lorsqu'on prend des décisions, un exemple non négligeable étant les intérêts politiques.

La quatrième raison pour laquelle les décideurs sont réfractaires à accepter les données est qu'ils ne travaillent pas avec les mêmes délais que les épidémiologistes. L'épidémiologiste peut proposer des mesures préventives qui auront des résultats merveilleux dans 20 ans, par exemple. Pour sa part, le décideur dispose rarement de plus de deux ans, au terme de cette période, il doit pouvoir montrer des résultats, ce qui assurera le succès et la survie de sa politique de même que de sa réélection, dans les pays où il est un représentant élu.

Cinquièmement, les décideurs ne sont pas disposés, par nature, à accepter des conseils de qui que ce soit parce qu'ils n'aiment pas qu'on leur dise ce qu'ils doivent faire. Ils sont souvent des meneurs en raison de leur personnalité, et la croyance qu'ils savent mieux que quiconque de ce qu'il faut faire se traduit dans une forme de charisme qui fait que les autres acceptent de les suivre. Ils n'acceptent donc pas volontiers de se départir de cette image et de prendre des conseils, surtout si ces conseils sont donnés par un universitaire (comme le sont de nombreux scientifiques) et, en particulier, si les

conseils sont donnés en public pour... éclairer ces pauvres ignorants sur la façon de procéder dans l'avenir.

Une sixième raison qui explique cette réticence est le fait que, pendant longtemps, la psychiatrie ne comptait pas dans son arsenal de méthodes de traitement efficaces, comparativement à d'autres disciplines comme la chirurgie. Il est vrai qu'au cours des dernières années on a beaucoup parlé de psychopharmacologie mais, après tout, il ne s'agit que de traitements symptomatiques (comme si le traitement à la digitale ne l'était pas). Beaucoup de gens ne s'entendent pas non plus quant à l'efficacité de ces traitements. En outre, les preuves attestant de l'efficacité du traitement psychiatrique n'ont pas habituellement une grande notoriété. Les décideurs estiment par conséquent que les chances de succès sont minces et qu'il peut y avoir un gaspillage de ressources. Ils estiment qu'ils pourraient mieux consacrer leurs énergies ailleurs.

Une septième raison est que l'épidémiologie a généralement eu une place de marque en santé publique et dans l'élaboration des politiques sanitaires à cause des formidables réalisations qu'elle a à son crédit tandis que, pour sa part, l'épidémiologie des troubles mentaux est moins bien établie et reconnue. En effet, il lui reste encore à fournir des données comparables à celles de l'épidémiologie générale. Les épidémiologistes des troubles mentaux peuvent donc être moins bien acceptés par les décideurs. Ils sont souvent l'objet de la méfiance des psychiatres qui, en temps opportun, feront part de cette méfiance aux décideurs et leur donneront des conseils différents. Puisque les psychiatres s'occupent de traitement et, par conséquent, ont davantage accès aux décideurs, leurs conseils auront probablement davantage de poids.

Enfin, aux yeux des décideurs, les psychiatres ne sont pas perçus comme des gestionnaires zélés de la santé. Ainsi, leurs observations auront davantage tendance à être perçues comme une réflexion plutôt que comme des conseils. En outre, il y a deux autres raisons pour lesquelles ils n'aiment pas ce genre d'information. D'une part, les décideurs en général aiment réagir à des dommages, au changement, à des situations d'urgence, à un sinistre imminent ou à une situation embarrassante. Rien de cela, cependant, ne s'applique au domaine de la santé mentale. La maladie mentale n'est pas une épidémie et elle ne risque pas de faire les manchettes. C'est une réalité qui a toujours existé et, pendant longtemps, il y avait peu à faire pour changer la situation. Par conséquent, les décideurs acceptent les données épidémiologiques au sujet des troubles mentaux avec une certaine résignation et ne sentent aucun besoin urgent d'agir.

Finalement, pour la plupart des décideurs, les problèmes de santé mentale sont en concurrence avec les autres problèmes de santé. Je crois que cette idée fausse est la plus dommageable et que nous n'avons rien fait pour changer cette opinion. Les maladies physiques ne protègent pas les gens contre les troubles mentaux. La diarrhée par exemple ne confère aucune immunité contre la dépression. Dans la plupart des cas, on ne perçoit pas les retombées que peuvent avoir sur la santé mentale les troubles physiques. En fait, les décideurs sont très souvent convaincus qu'il faut d'abord

s'occuper des fractures et des hémorragies et, qu'après cela, on peut s'occuper de la santé mentale des gens.

Voilà certaines des raisons pour lesquelles, à mon avis, les décideurs refusent d'écouter les épidémiologistes.

Ma troisième hypothèse pour expliquer la faible incidence des données provenant de l'épidémiologie psychiatrique sur les politiques est qu'en réalité, cette incidence n'est faible qu'en apparence parce qu'il faut beaucoup de temps aux données pour s'infiltrer et mettre en branle les mécanismes d'élaboration des politiques. Cette hypothèse du virus lent en ce qui concerne l'utilisation des données semble se confirmer dans de nombreux cas. Par exemple, en ce qui concerne l'usage du tabac, nous avons assisté dernièrement à des changements dans les lois concernant l'usage de tabac dans les hôtels, les aéroports et d'autres endroits publics. À cet égard, les preuves ont été mises de l'avant il y a de nombreuses années, mais ce n'est qu'aujourd'hui qu'on commence à voir des résultats.

On peut supposer que d'autres effets à long terme semblables de l'information se manifesteront pour toute une gamme d'autres données reçues dans le domaine de la santé et ailleurs. Il est évidemment très inquiétant de penser aux conséquences de cette hypothèse, si elle devait s'avérer juste. D'abord, il serait nécessaire de produire uniquement des données qui pourraient être encore pertinentes dans 20 ans. Deuxièmement, il n'y aurait aucun moyen de refuser la responsabilité d'avoir omis d'utiliser des données dans la prise de décisions, comme on le fait maintenant, en alléguant que les données épidémiologiques n'ont aucune importance. Enfin, si elle est vrai pour l'épidémiologie psychiatrique, cette règle concernant l'usage de l'information s'appliquerait peut-être également dans d'autres domaines. Les conséquences de mesures telles que l'abolition de la peine capitale seraient irrévocablement présentes dans une génération.

Pour ma part, en ce qui concerne ces trois hypothèses que je viens d'avancer, je préfère croire que toutes les trois sont en partie correctes. Il est vrai que, la plupart du temps et pour une foule de raisons, les décideurs préfèrent ne pas devoir introduire des changements dans les politiques sanitaires. Il est également vrai que les épidémiologistes qui se penchent sur les maladies mentales produisent souvent des données incorrectes, que ce soit du point de vue du temps ou de la forme, et qu'ils tentent de les soumettre aux mauvaises personnes pour les mauvaises raisons. Enfin, on ne peut pas nier que la nature de l'action publique est telle qu'il y a un très long décalage entre la production de données et les changements de politiques, indépendamment des sujets et des individus. C'est là une idée qui peut au moins consoler ceux dont les données semblent n'avoir aucune incidence depuis de nombreuses années.

Il y a toutes les raisons de poursuivre l'action dans ces trois domaines hypothétiques, c'est-à-dire que tenter de changer l'attitude des décideurs, d'éduquer les épidémiologistes spécialisés en psychiatrie et d'entreprendre des recherches sur les effets des données dans le temps. Ainsi la base de

données en psycho-épidémiologie aura-t-elle des chances d'avoir l'incidence pratique qu'elle mérite.

Mais, si tout cela se produit, et j'espère qu'il en sera ainsi, un autre danger nous guette. Même au mieux, l'épidémiologie de la maladie mentale ne sera jamais en mesure de fournir des données sur lesquelles on pourra fonder des mesures de promotion de la santé mentale. Pour qu'il en soit ainsi, les responsables des politiques de santé mentale doivent d'abord convenir d'une définition de la santé mentale. Celle-ci peut être définie de plusieurs façons. On peut établir qu'il s'agit de l'absence de maladie, ou encore d'une réserve de forces qui permet aux gens de supporter un stress exceptionnel ou de surmonter d'énormes difficultés. On peut également la définir comme un état d'équilibre entre l'individu et son milieu, entre soi et les autres. C'est seulement si l'on croit que la santé mentale est en fait l'absence de maladie que l'épidémiologie de la maladie mentale pourrait contribuer à promouvoir la santé mentale.

Mais cette définition n'est pas exacte. Pour ma part, je crois que la santé mentale correspond davantage aux deuxième et troisième définitions. Ainsi, lorsqu'ils élaborent des politiques de santé mentale, les décideurs doivent faire appel à des considérations philosophiques, religieuses, éthiques et historiques. Nombre d'entre eux peuvent hésiter à le faire. Il est beaucoup plus facile d'extrapoler des maladies mentales à la santé mentale et de la prévention à la promotion de la santé. Malheureusement, on retrouve déjà cette façon de penser et d'agir. S'il était seulement possible d'éliminer la maladie mentale, disent-ils, alors la santé mentale s'améliorerait. Si seulement on connaissait les causes de la maladie mentale, on pourrait la prévenir et, immédiatement, tout irait pour le mieux dans le meilleur des mondes. Malheureusement, le fait de mettre un bateau en cale sèche en vue de le repeindre n'a pas pour effet de faire baisser considérablement le niveau de l'océan. Le traitement efficace de la dépression élimine effectivement la dépression, mais il n'améliore pas nécessairement la santé mentale, même chez la personne qui souffrait de cet état dépressif.

Il est sans doute utile et important de recommander comme cibles des programmes de santé publique les facteurs qui peuvent causer ou exacerber la maladie mentale. Il reste toutefois que l'élimination de ces facteurs n'aura pas nécessairement pour effet de promouvoir la santé mentale et ne doit pas non plus être une excuse pour ne rien faire d'autre. Si l'on veut prendre des mesures sérieuses dans ce domaine, il faudra notamment promouvoir de façon beaucoup plus intensive une épidémiologie axée sur les états de santé et non seulement sur la maladie. Des études systématiques des liens sociaux, des facteurs qui favorisent le développement psychosocial dans des conditions difficiles, des attitudes au sujet de la maladie chez soi-même et chez les autres, de l'efficacité des méthodes visant à éviter les comportements menant à l'échec ainsi que des études de la distribution dans des états naturels de santé et de fonctionnement comptent parmi les sujets qui pourraient être abordés dans une telle démarche. Elles fourniraient aux décideurs des renseignements sur la façon d'améliorer la santé mentale et permettraient aux gens de mener une vie mentale pleine, ce qui, après tout, fait qu'ils sont des êtres humains.

Pour ma part, j'estime que l'amélioration de notre vie mentale constitue l'objectif ultime de notre existence, c'est-à-dire cette partie de notre existence avec laquelle nous devons affronter les maladies mentales ou physiques, les soucis et le bonheur, les idées et les perceptions. L'élimination de la maladie mentale est sans doute un objectif noble, qui, s'il est atteint, permettra sans doute aux gens de mener une vie mentale plus pleine. Dans ce sens, l'épidémiologie des troubles mentaux peut apporter une grande contribution aux politiques de promotion de la santé. Elle n'est pas en mesure et ne devrait pas tenter d'atteindre des objectifs plus ambitieux. À cette fin, nous devons non seulement développer une épidémiologie des états de santé, mais également reconnaître l'importance prédominante de la vie mentale comme base de notre action, de toute autre action axée sur la santé et, également de toute autre action sociale.

Question - J'aimerais vous témoigner, en mon nom propre et, je crois, au nom de presque toutes les personnes ici présentes, une profonde appréciation de la clarté et de l'exhaustivité de cette présentation. N'allons pas croire qu'il est facile d'exprimer ses idées aussi clairement. C'est là le résultat d'une grande expérience et d'une réflexion profonde. Sachez que vos propos nous seront extrêmement utiles pour trouver les meilleures façons d'entreprendre des recherches, d'exprimer nos résultats, de trouver des moyens d'avoir des effets plus marqués et pour avoir une idée plus réaliste de ce que nous pouvons et ne pouvons pas faire. Merci.

Question - C'est là un bien triste tableau que vous avez brossé, docteur Sartorius. Y a-t-il quelques exemples que vous souhaiteriez mentionner de cas où l'épidémiologie a eu une incidence réelle. Vous en avez mentionné quelques-uns, mais je suis certain qu'il doit y en avoir d'autres dont vous pourriez nous faire part. J'aimerais également que vous nous parliez de ce qui s'est passé à l'échelle internationale qui, comme vous l'avez mentionné, est une dimension encore plus difficile.

Docteur Sartorius - Les exemples, comme je l'ai déjà dit, sont peu nombreux et, le plus souvent, nous pouvons utiliser les données épidémiologiques pour combattre les attitudes et les infléchir dans la direction souhaitée. La prise de décisions en général, à mon avis, est une question de coïncidence. Par là, j'entends qu'il faut avoir à la fois quelqu'un qui veut faire quelque chose et des attitudes positives chez ceux qui peuvent décider de le laisser mettre son plan à exécution. Les données épidémiologiques peuvent aider surtout si elles sont exprimées d'une façon immédiatement compréhensible et je crois que cela s'est produit, bien que ce soit évidemment plus difficile à prouver. Dernièrement, nous avons tenu une conférence sur les registres des maladies mentales et, l'un de mes collègues, le professeur Cooper de Nottingham, a demandé aux personnes présentes si quelqu'un pouvait démontrer que le registre avait eu une incidence directe sur la politique. Il s'agissait de registres qui fonctionnaient depuis de nombreuses années. Personne n'a pu répondre. Et pourtant, je suis convaincu que les données présentées ou produites au fil des ans ont été extrêmement utiles pour ce qui est de changer progressivement les attitudes et de susciter une disposition à accepter un point de vue plutôt qu'une conséquence logique directe de ce point de vue.

Je crois que chez tout décideur, une décision est un compromis entre ce qui est souhaitable et ce qui est le moins inconfortable. Maintenant, si nous parvenons à faire voir aux décideurs qu'il est souhaitable pour eux de faire quelque chose et que, jusqu'à un certain point, cela répondra non seulement à leurs idéaux moraux supérieurs, mais également à leurs préoccupations quotidiennes, je crois que nous pourrons les orienter dans la direction que nous souhaitons les voir emprunter.

Le second défi consistera à proposer quelque chose qui nous donnera une certaine crédibilité. Malheureusement, nous n'avons pas connu beaucoup de succès à cet égard non plus, parce qu'un grand nombre des propositions que nous avons faites lorsque la chance nous en a été donnée étaient pour le moins singulières. Dans certains cas, nous n'avons absolument pas tenu compte du fait que nous présentions quelque chose de nouveau, sur une grande échelle et tout d'un coup. Par exemple, une loi est promulguée et des centres de santé mentale font leur apparition ici et là. Qu'est-ce qui nous dit cependant que ces centres sont meilleurs que les hôpitaux psychiatriques? Je crois qu'un changement graduel et progressif est beaucoup plus sage qu'un changement révolutionnaire. Les Chinois parlent souvent d'apprendre en essayant. Je crois qu'il y a de nombreux abus à cet égard, mais qu'il s'agit d'une attitude très saine lorsqu'on veut introduire des changements.

Dans de nombreux pays, nous avons recommandé la création non seulement d'une politique ou d'un plan, parce que c'est possible, mais encore d'un organisme qui puisse modifier le plan. Grâce à un organisme semblable, on peut réagir aux changements qui font que le plan est efficace. Ces organismes ont reçu le nom de comités de coordination ou d'autres appellations quelconques. Il s'agit de petits groupes composés de trois à cinq personnes représentant les principaux secteurs (à savoir les affaires sociales, l'aide sociale, l'éducation, la défense, les affaires intérieures, la santé) qui se réunissent régulièrement, aident à élaborer la politique et agissent comme intermédiaires à travers lesquels les changements dans la réalité peuvent être traduits dans la politique. C'est probablement, à mon avis, le mécanisme le plus efficace. Un comité semblable permet de mieux introduire des données épidémiologiques. En outre, le comité peut également, comme cela a été fait dans certains pays, demander les données disponibles et être disposé à les accepter malgré leurs imperfections pendant que d'autres études sont en cours. Je recommande cette structure qui, à mon avis, représente le moyen le plus efficace pour surmonter cette difficulté.

Question - Docteur Sartorius, je veux réitérer les propos du docteur Leighton relativement à votre présentation. Elle était très lucide et d'une grande utilité. Sous un grand nombre de vos déclarations, on retrouvait la question des systèmes de valeurs : le système de valeurs de la société, du planificateur, du scientifique ou de l'épidémiologiste. Il me semble que très souvent, à cause de notre intérêt dans l'épidémiologie, nous utilisons un système de valeur qui est très éloigné de celui de la société ou du planificateur. Il me semble que les économies jouent un rôle important à cet égard en ce sens que, dans certaines économies, la société accepte une certaine perte humaine que nous, en tant qu'hommes de science et que personnes intéressées aux

soins des malades mentaux, trouvons difficiles à accepter. Auriez-vous l'obligeance de commenter cette question.

Docteur Sartorius - Je crois que vous avez tout à fait raison. Une grande partie de ce à quoi nous devons faire face tient aux systèmes de valeurs de même qu'à leurs conflits, leurs incompatibilités ou leurs différences. Permettez-moi une brève observation sur la perte humaine : il s'agit en réalité d'une observation sur la médecine. Les grands progrès de la médecine qui se sont produits au cours du dix-neuvième siècle avaient un caractère clairement "antimental", si vous me permettez l'expression. Il fallait tout à coup une capacité de travail chez l'individu, et la plupart des tâches à exécuter ne faisaient pas appel au cerveau. Vous pouviez répéter une opération routinière pendant 30 ans. Il était inutile de prolonger la vie puisqu'on ne pouvait pas travailler au-delà de l'âge de 57 ans et l'on n'incitait pas les gens à réfléchir parce que cela n'avait pour effet que de les transformer en fauteurs de troubles. Ainsi, tout le dix-neuvième siècle a été marqué par la course effrénée à la productivité. Il importait peu que vous réfléchissiez ou non pendant que vous travailliez, que vous sachiez ou non ce que vous étiez en train de faire et que vous en retiriez ou non un avantage quelconque. Et c'est probablement cette attitude qui a permis une accumulation faramineuse de capitaux et qui a permis une foule de grandes réalisations que nous regardons aujourd'hui avec intérêt et fierté. Progressivement, au fil des années, cette attitude s'est transformée. Aujourd'hui, on croit de plus en plus que la société doit aider les gens à survivre, même s'ils ne sont pas parfaits, et qu'il vaut la peine d'aider les enfants qui ont des déficiences, que ce soit mentales ou autres. L'enrichissement a réaffaibli ce sens de l'humanité. Ainsi, au cours des quelques dernières années, on a vu de plus en plus surgir des idées comme "survivre, mais non à tout prix". Le travail n'est pas une fin en soi, il y a d'autres choses dans la vie. Ce changement d'attitude nous apporte un appui considérable si nous voulons considérer la psychiatrie et la santé mentale comme une discipline qui contribue à la vie mentale et qui traite les maladies mentales si nuisibles à la production.

Question - Docteur Sartorius, l'une des choses qui ressort de certaines de vos affirmations est que, pour que les connaissances scientifiques aient une incidence sur la politique, il doit y avoir un rapport dynamique entre les connaissances scientifiques, d'une part, et le processus d'élaboration des politiques, d'autre part. C'est là, si je ne m'abuse, la fonction du comité dont vous avez parlé. Je me demande cependant de qui serait composé un comité semblable et qui y ferait des contributions. Je crois, cependant, qu'il y a un problème encore plus fondamental qui tient au fait que non seulement les chercheurs scientifiques connaissent mal la nature du processus politique, mais encore qu'ils répugnent à s'intéresser à cette question. Je me demande s'il faudrait se pencher sur cette question. J'estime qu'elle ne peut pas être abordée de façon abstraite parce que les énoncés abstraits au sujet de la nature du processus politique sont presque toujours faux. Peut-être faudrait-il s'attaquer à ce problème en établissant des programmes dans lesquels des scientifiques seraient constamment exposés au processus d'élaboration des politiques, de sorte qu'ils finiraient par avoir une certaine compréhension du fonctionnement du système et qu'ils commenceraient à reconnaître la valeur de l'activité qui dans certains pays est appelée "lobbying". Il me

semble qu'à moins qu'on réussisse à mettre sur pied un groupe de pression scientifique qui connaisse bien le processus politique et, par conséquent, qui puisse agir efficacement sur celui-ci, il n'y aura aucune influence. J'aimerais souligner que certaines personnes réussissent merveilleusement bien à introduire certains types de connaissances dans le processus politique. Les grandes entreprises et les intérêts commerciaux maîtrisent parfaitement cet art. Le problème est pourtant le même pour eux, mais ils sont beaucoup plus efficaces que nous le sommes.

Docteur Sartorius - J'aimerais faire certains commentaires à cet égard. L'un des problèmes que nous avons dans le domaine de la santé est que, malheureusement, nous n'avons pas de critère unique de succès. Dans la plupart des industries, si vous obtenez un profit, c'est signe que tout va bien mais si, par contre, vous ne faites pas de profit, les affaires sont mauvaises. Mais, dans le domaine de la santé, les choses ne sont pas aussi simples, car il n'existe pas de critères semblables. Par conséquent, il est difficile de se défaire de certaines personnes parce qu'il est impossible de montrer qu'un service ou une personne ne mérite pas de faire partie de l'effectif. Voilà ce qui alourdit le système, surtout dans le cas de la psychiatrie, parce qu'autrefois, dans de nombreux pays, la psychiatrie était la dernière retraite réservée aux professionnels moins compétents. Évidemment, cette situation n'existe plus aujourd'hui.

Le second point que j'aimerais soulever est cette chose curieuse qui s'est produite dans l'esprit d'un grand nombre d'entre nous, à savoir que beaucoup croient que pour être "public" il faille être "politique". Permettez-moi d'expliquer cela. Un professeur respectable ou un grand érudit n'est pas du tout disposé à être toujours prêt à parler à la presse, à la télévision et ainsi de suite, car cela exigerait qu'il abandonne un peu sa profession. Les personnes qui commencent à faire de la politique deviennent des politiciens et, du même coup, perdent un peu de crédibilité dans leur propre profession et s'éloignent un peu de ce qu'ils étaient en train de faire. Je ne sais pas à quoi cela est attribuable, mais les scientifiques sont très réfractaires à faire part de leurs travaux aux gens. Certains y parviennent merveilleusement bien. Dans ces cas, il y a un apport considérable de données valables dans le domaine. Mais le plus souvent, les gens décident que tant qu'ils sont médecins, ils refuseront de parler à la presse et que s'ils décident de parler à la presse, ils abandonneront la médecine. Ils font ensuite leur entrée en politique et, une fois en politique, ils oublient le domaine dans lequel ils travaillaient. Ils sont incapables de concilier les deux et ont vendu l'un pour l'autre. Pour ma part, je serais beaucoup plus heureux de voir le visage public de la profession sur le terrain plutôt que dans les groupes de pression. Je crois qu'on parvient à faire davantage ainsi. Pour ce qui est de notre participation à des groupes de pression, nous ne sommes pas doués et nous n'avons pas suffisamment de temps à consacrer à cette activité. Par contre, si l'on parle en public, le lobbying a lieu d'une autre façon parce qu'en raison de l'explosion de l'information, cet effet est inévitable.

Arrêtons-nous maintenant à la question des comités. Dans de nombreux pays, ces comités sont souvent constitués par les autorités supérieures, à savoir le premier ministre, le président, etc. Si la Commission américaine

avait survécu, elle en constituerait un exemple. La Commission américaine avait été constituée par le président pour lui prodiguer des conseils. Dans d'autres pays, il existe des comités permanents créés en vertu d'une loi. Dans certains cas, ils s'intéressent à l'ensemble du domaine de la santé mentale, tandis que dans d'autres, ils se penchent d'abord sur un aspect pour ensuite élargir leur mandat. Parfois, ils s'attaquent à un problème très aigu du point de vue politique, par exemple, la toxicomanie. Il s'agit d'un comité ministériel et les ministres eux-mêmes siègent au comité et puis, progressivement, on aborde également d'autres problèmes. Parfois, il est plus facile de procéder de cette façon à l'échelle de l'État ou, dans votre cas, de la province qu'à l'échelle fédérale. Dans certains pays, le niveau fédéral n'est pas aussi populaire qu'il devrait l'être. À cet égard aussi, on préfère les petites structures.

En parlant du niveau fédéral, dernièrement j'ai eu l'occasion de visiter la Chine. On m'a proposé de me rendre dans l'une des provinces. Aller dans une des provinces, c'est ridicule. Mais j'y suis allé quand même. Étant donné que je viens d'un très petit pays, quand je pense à une province, je vois environ 3000 personnes dont 2000 sont en état d'ébriété quasi-perpétuel. Et je suis allé dans la province de Szu-Ch'uan pour me rendre compte que la population de cette province se chiffrait à 100 millions d'habitants. Malgré tout, la relation entre cette province énorme et le gouvernement central était comparable à celle qu'on retrouve dans la plupart des pays. Là encore on retrouvait l'idée que le comité provincial, dans ce cas un comité de coordination, fonctionnait très bien tandis que les initiatives menées à l'échelle nationale éprouvaient des difficultés beaucoup plus considérables.

Question - Docteur Sartorius, beaucoup des points que vous avez soulignés nous incitent à réfléchir. Il y en a un sur lequel j'aimerais revenir; il se rapporte à l'observation précédente et à la question de langage. Je me suis occupé de nombreuses questions dans le domaine de l'épidémiologie et, le langage a toujours posé un problème. Il est difficile de faire ressortir l'importance des données épidémiologiques lorsque vous enseignez à des étudiants en médecine qui les trouvent ennuyantes et ensuite à vos collègues du département qui n'y voient également aucune importance parce qu'elles sont ennuyantes. Comme vous l'avez déjà souligné, le langage est important quand vous êtes chercheur, car vous devez être en mesure de vous exprimer de façon à être publié, à produire un effet sur vos collègues et à être accessible à la presse populaire, ce qui confère une certaine utilité sociale à vos résultats. Et ensuite, si un comité ou un groupe tente de diffuser vos résultats, ceux d'un autre ou encore ceux d'un groupe de façon qu'ils aient un certain impact, encore une fois, il faut connaître le langage. Rien ne sert de faire du lobbying ou de siéger à un comité si l'on ne sait pas s'exprimer de façon à provoquer un effet, à susciter la réflexion et à avoir une influence. Je ne crois pas que nous sachions comment y arriver. J'aimerais bien que nous nous penchions sur cette question à la présente conférence et peut-être en tenir compte lorsque nous envisagerons la formation des chercheurs dans l'avenir. La façon dont vous vous exprimez nous aide à apprendre le langage, mais peut-être pourriez-vous nous apprendre ce que les gens font à

cet égard et nous transmettre quelques idées que nous puissions ramener avec nous.

Docteur Sartorius - Je crois que ce que vous avez dit est très juste. Une grande partie des difficultés que nous éprouvons à communiquer avec les autres ou à leur faire part de certaines données qui pourraient leur être utiles tient à ce qui est appelé la "verticalité" c'est-à-dire que nous vivons à l'intérieur des piliers verticaux de nos propres disciplines. Alors, la mesure qui est habituellement recommandée pour changer cela est "l'horizontalité" c'est-à-dire, qu'il conviendrait de parler horizontalement. Le problème évidemment est que la verticale n'est qu'à 90 degrés de l'horizontal. Dans une discipline comme l'épidémiologie ou la biologie, on peut également le tourner de cette façon et parler de vieux adultes, d'enfants et ainsi de suite qui sont également verticaux bien que pendant un moment, ils présentent l'aspect de l'horizontalité.

Ainsi, ma recette est en réalité la diagonalité plutôt que la verticalité ou l'horizontalité. C'est un effort de prendre la matière des diverses disciplines et préoccupations qui existent actuellement et de réagir horizontalement en illustrant le même point dans différentes disciplines et pour différents groupes. Si quelqu'un vous demande quoi faire au sujet des enfants, il est convaincant de parler non seulement de ce que d'autres personnes ont fait au sujet des enfants ou encore de ce que l'épidémiologie, la biologie ou d'autres disciplines vous donnent pour les enfants mais également de ce qui est fait dans d'autres groupes d'âge. Je crois qu'il nous faut sortir des piliers dans lesquels nous vivons et tenter de nous renseigner au sujet des autres piliers afin de réassembler les connaissances pour chaque nouvel auditoire à qui nous devons fournir des conseils. Cela est évidemment très difficile à cause de la masse énorme de connaissances dont nous disposons et de la difficulté que représente le choix des données les plus intéressantes et les plus évocatrices.

Question - J'aimerais revenir à la question des valeurs qui a été soulevée précédemment. Il me semble que le scientifique se retrouve très souvent dans la situation où il doit fournir des données à un système de valeurs sur lequel il a très peu d'emprise. L'exemple donné se rapportait au dix-neuvième siècle. Selon vous, nous trouvons-nous encore dans une période de transition semblable? Il me semble qu'il y a au moins certaines choses au sujet du dix-neuvième siècle qui ne correspondent pas très bien à votre proposition. Vous l'avez décrit, par exemple, comme une période où l'intellect et la raison n'avaient pas leur place et au cours de laquelle le réseau sanitaire avait pour tâche de fournir au système des balayeurs sains. D'autre part, il s'agissait d'une période au cours de laquelle, pour la première fois, l'État a joué un rôle dans l'éducation publique. Il semble donc qu'on cherchait au moins que les personnes pensent un peu. Je me demande donc si, en premier lieu, votre proposition est aussi solide que vous le croyez et, en second lieu, ce qui, selon vous, si nous devons tenir compte du système de valeurs par rapport au type de données que nous nous estimons en mesure de fournir?

Docteur Sartorius - Les Chinois ont une façon extraordinaire d'écrire. Ils ont deux signes, ils ont un signe pour dire apprendre, qui ressemble à une petite silhouette tortillée, celle d'un enfant, et il y a un toit au-dessus de sa

tête qui est ouvert et qui permet au soleil de toucher l'enfant de ses rayons bénéfiques... il apprend. Puis, il y a un autre signe pour désigner l'éducation ou la scolarisation, qui est composé du caractère apprendre ainsi que du signe prisonnier : ensemble, prison plus apprendre constituent l'éducation. D'une certaine façon, l'éducation sanitaire consistait souvent à demander aux gens de se comporter d'une certaines façon, qu'ils y croient ou non, qu'ils comprennent ou non et que le comportement soit utile ou non. La plupart des connaissances que nous avons transmises aux gens à propos de la santé étaient incorrectes, nous en sommes conscients aujourd'hui. Je crois que la principale différence que nous pouvons voir aujourd'hui est que, plutôt que de demander au professionnel de la santé d'éduquer, nous lui demandons d'inciter. Plutôt que de dire aux gens "Faites ceci!", nous leur fournissons de l'information qui lui permet de faire des choix. Il y a donc un changement important dans ce passage de la coercition à la mobilisation.

Il est entendu que le dix-neuvième siècle était une très belle période à bien des égards. Beaucoup de grands penseurs ont vécu pendant ce siècle. Mais en ce qui concerne la santé, il y avait une simplification énorme et la fin poursuivie était très claire. Je crois qu'à cet égard, le dix-neuvième siècle a connu d'énormes succès, mais qu'il s'agissait également d'une période de transition qui devrait être maintenant révolue. Aujourd'hui, beaucoup d'autres concepts nous viennent encore des penseurs du dix-neuvième siècle. Je crois que nous sommes maintenant en mesure, comme Napoléon l'a souligné, d'être des géants parce que nous nous tenons debout sur les épaules de ces grandes personnes. Mais nous sommes différents, nous ne sommes pas exactement comme eux. Il y en a que j'admire encore et je trouve que nombre de leurs déclarations sont encore très vraies, mais nous avons fait un pas de plus. Le dix-neuvième siècle a été comparé à un myxomycétophyte. Il s'agit d'un champignon gélatineux qui vit dans la forêt et se nourrit de feuilles en décomposition. Une fois qu'il a mangé toute la feuille, il commence à s'inquiéter : "Qu'est-ce qui se passe maintenant, je n'ai plus rien à manger". Alors l'un des champignons se transforme, et entre un demi-million et un million de ces protozoaires commencent à migrer vers lui. Ils se réunissent tous autour de lui et constituent un petit cone composé d'un demi-million d'individus. Puisqu'il est beaucoup plus gros, le cone bascule et tombe sur une nouvelle feuille où chacun peut recommencer à manger à sa guise. Comparons cela à la science au cours du dix-huitième siècle. Il semblait qu'il n'y en avait plus assez et qu'il devait y avoir une énorme synthèse pour rassembler toutes ces connaissances et permettre une évolution ultérieure. C'est précisément ce qu'a fait le dix-neuvième siècle. Aujourd'hui, tous les protozoaires, c'est-à-dire les sciences, les disciplines, les quêtes humaines, ont assez de nourriture et, pendant un certain temps, se nourrissent de feuilles qui ne semblent pas liées entre elles. J'espère cependant que nous aurons un certain temps avant de devoir faire une nouvelle synthèse.

PREMIER THÈME - RECHERCHE ET PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SERVICES : QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'ÉPIDÉMIOLOGIE, LE DIAGNOSTIC, L'INCAPACITÉ ET LA DÉFINITION DES OBJECTIFS PRIORITAIRES EN SANTÉ MENTALE

ROGER C. BLAND
Département de psychiatrie
Université de l'Alberta

RÉSUMÉ

Si l'on veut répondre à des questions fondamentales au moment d'établir l'ordre de priorité, il faut pouvoir compter sur des données épidémiologiques élémentaires, par exemple, le nombre de personnes qui ont besoin de services et la nature de leurs besoins. Les méthodes de recherche exposées par l'auteur de cet article visent à répondre à ce genre de questions. Pour obtenir des données exactes, on doit faire appel à des méthodes de diagnostic plus précises et plus récentes et les combiner avec des méthodes destinées à évaluer le niveau d'incapacité et les résultats de l'intervention.

Depuis quelque temps, on commence à avoir accès à ces deux types de données qui permettent de déterminer quels sont ceux qui sont malades, qui souffrent d'affections courantes associées à une morbidité élevée et qui ne reçoivent aucun traitement.

Cet article vise à montrer :

1. *qu'il est indispensable d'avoir en main des données épidémiologiques sûres pour pouvoir définir l'ordre de priorité de façon scientifique;*

2. *que les méthodes perfectionnées de diagnostic et d'évaluation de l'incapacité dont nous disposons actuellement sont des outils nécessaires à la recherche épidémiologique.*

Épidémiologie

L'épidémiologie a été définie comme étant "l'étude de la distribution des maladies dans le temps et dans l'espace et des facteurs qui déterminent cette distribution" et aussi comme étant "la distribution des maladies chez l'homme et les facteurs qui en déterminent la fréquence". Comme on peut le voir, elle transcende la simple étude des épidémies, et de plus en plus, les techniques épidémiologiques sont appliquées à l'étude des maladies chroniques.

Bien que les méthodes épidémiologiques puissent servir à l'étude d'une foule de problèmes, Wing et ses collaborateurs (1970) ont défini les critères d'évaluation sous forme d'une série de questions.

1. Combien et quel genre de personnes se prévalent des services existants?

2. Quels sont les besoins de ces personnes et de leur famille? Autrement dit, quels sont leurs symptômes et incapacités, tant primaires que secondaires, et quel est le poids du fardeau qui repose sur les membres de la famille et le reste de la collectivité?

3. Y a-t-il des services offerts actuellement qui répondent à ces besoins?

4. Combien d'autres personnes qui ne sont pas en contact avec les services existants ont également des besoins et en quoi ces exigences diffèrent-elles de celles des malades qui consultent un psychiatre (se prévalent-ils des services)?

5. Quels services, nouveaux ou modifiés, faudrait-il offrir pour répondre aux besoins non comblés?

6. Les nouveaux services contribuent-ils effectivement à répondre aux besoins?

Si l'on ne peut mettre en doute la pertinence de ces questions, il faut cependant reconnaître que l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas d'y répondre de façon exhaustive, en dépit de leur apparente simplicité. En effet, nous nous heurtons à des problèmes méthodologiques élémentaires, notamment :

1. la définition de la population à étudier;

2. la définition des maladies à étudier, y compris la définition, à l'aide de critères reproductibles (standards), de ce qu'est un cas (ce qui comprend les critères de diagnostic);

3. l'élaboration de méthodes acceptables pour la découverte et l'identification des cas;

4. l'évaluation du degré de morbidité ou d'incapacité (ce qui évidemment ne se résume pas au simple diagnostic);

5. la présentation des résultats de façon reproductible.

Les types d'indices qui peuvent être obtenus comprennent l'incidence, la prévalence (prévalence instantanée, prévalence au cours d'une période donnée, ou échelonnée sur toute une vie) et les risques de morbidité. Il est possible d'affiner chacun de ces types de données (en les répartissant selon l'âge, le sexe, la classe sociale, l'état civil, la race), ce qui permet d'éliminer

un grand nombre de distorsions qui pourraient autrement être introduites dans les comparaisons, et qui pourraient en outre contribuer à définir les facteurs de risque et à reconnaître les groupes à haut risque.

L'estimation des maladies mentales dans la population

On a fait appel à des approches et méthodes très diverses, sans toutefois veiller à ce que les données soient facilement comparables dans bien des cas, ce qui explique souvent leur relative utilité.

1. Enquêtes dans la collectivité - Ces initiatives ont généralement pour objet de décrire le type et de déterminer le taux de maladies mentales dans la population. Les données peuvent être soit descriptives soit analytiques. Au nombre des exemples bien connus, on pourrait citer l'étude de Hollingshead et Redlich (1958) sur la maladie mentale et les classes sociales, l'étude réalisée dans le comté de Stirling (Leighton, Harding et coll., 1963) et celle effectuée dans le Midtown Manhattan (Srole, Langner et coll., 1962). Les responsables de ce genre de projets se heurtent à un grand nombre de problèmes, par exemple, le choix de collectivités représentatives, les techniques d'échantillonnage, l'élaboration d'instruments fiables devant être utilisés par des enquêteurs non professionnels, les définitions de la morbidité, les "limites d'inclusion" et les problèmes de diagnostic.

2. Les enquêtes auprès de populations précises - Il pourrait s'agir ici d'une étude menée auprès des personnes nées dans une région donnée, âgées de 40 à 50 ans, qui peuvent faire l'objet d'une étude rétrospective. Pour réaliser ce type d'étude, il faut bien entendu pouvoir compter sur des dossiers exacts, des données démographiques adéquates et une mobilité relativement faible. L'enquête menée par Helgason (1964) auprès des malades mentaux en Islande, en est un exemple remarquable.

3. Études fondées sur des données thérapeutiques - L'un des grands problèmes qui se posent ici est de déterminer l'étendue de la base de données. Autrement dit, doit-elle comprendre des données sur les consultants externes ou des données émanant d'organismes sociaux ou uniquement des données relatives aux malades hospitalisés? On peut inclure dans cette catégorie des données nationales puisque bon nombre de pays tiennent maintenant un registre national de données relatives au traitement ou à l'hospitalisation. Ces données posent un grand nombre de problèmes, par exemple le manque d'uniformité sur le plan des méthodes de diagnostic toutefois, leur simple volume peut suffire à éliminer les écarts attribuables aux pratiques locales. Bien que le Canada tienne un registre des données sur les malades mentaux hospitalisés depuis près d'un demi-siècle, les pratiques actuelles de Statistique Canada se sont malheureusement détériorées à un tel point qu'elles sont presque sans valeur.

4. Les registres de cas - Il existe des registres de cas au Danemark (Dupont, Videbech et Weeke, 1974), aux États-Unis (le Maryland Case Register et le Monroe County Register) ainsi qu'en Grande-Bretagne (le Camberwell Register) qui présentent de l'intérêt pour les chercheurs sinon pour les responsables des politiques.

Goldberg et Huxley (1980) attirent notre attention sur une autre difficulté. Bon nombre de personnes qui présentent des symptômes de maladies mentales ne reçoivent jamais de soins psychiatriques. Selon l'étude, au cours d'une année donnée, environ 25 p. 100 de la population éprouve certains problèmes de cette nature. Dans 14 p. 100 des cas, le problème est décelé au niveau des soins primaires, mais seulement 1,7 p. 100 des sujets reçoivent effectivement des soins psychiatriques spécialisés. On comprendra l'intérêt de ce qui se passe aux différents points "de filtrage". Weissman, Myers et Thompson (1981) ont établi que beaucoup de cas de dépression ne sont pas traités ou sont mal traités et après avoir passé en revue d'autres études concluent que si les affections psychiatriques étaient mieux diagnostiquées et traitées, on pourrait réduire de 26 p. 100 le recours aux services médicaux généraux.

Weissman et Klerman (1978) étudient les changements survenus au cours des dernières années sur le plan de l'étude épidémiologique des maladies mentales aux États-Unis. Ils ont ainsi constaté que les principales études réalisées aux États-Unis jusqu'à la fin des années 1960 portaient essentiellement sur "la maladie mentale", l'intensité des symptômes et le degré d'incapacité. Autrement dit, les chercheurs se sont beaucoup moins attachés à étudier les différentes entités diagnostiques.

Dans son dernier ouvrage (1982), Leighton se penche sur l'hétérogénéité du terme "maladie mentale", en tant qu'obstacle à l'intervention efficace. Elle a également été un obstacle en épidémiologie. Il serait beaucoup plus utile d'obtenir des éléments d'information au sujet des maladies précises. Pour ce faire, on doit pouvoir compter sur des diagnostics exacts et fiables, posés de préférence par des non-professionnels à l'aide d'instruments standardisés. Une telle approche s'impose non seulement dans le cas du diagnostic en épidémiologie, mais également dans le travail clinique et la recherche, avec l'affinement des méthodes de traitement et d'enquête.

Le diagnostic

Au cours de la dernière décennie, des progrès énormes ont été réalisés dans le domaine du diagnostic psychiatrique. On a défini des critères pour valider le diagnostic, et les écarts de diagnostic d'un évaluateur à l'autre ont été atténués par suite de l'établissement de critères de diagnostic bien précis.

Les critères devant servir à valider le diagnostic ont été divisés en différentes étapes (Feighner, 1981; Feighner, Robins et coll., 1972; Woodruff, Goodwin et Guze, 1974) :

1. une description clinique de la maladie avec les traits distinctifs qui la différencient des autres troubles, et les critères sur lesquels se fonder pour exclure les cas douteux;

2. les études de laboratoire, notamment les tests psychologiques, biochimiques, radiologiques et physiologiques fiables et faciles à reproduire;

3. l'étude de la famille, l'examen de la généalogie, qui vient renforcer la validité du diagnostic, mais qui suppose également que l'on tienne compte des cas de gémellité et de filiation adoptive;

4. les études longitudinales, de postobservation, de l'histoire naturelle de la maladie, aussi bien prospectives que rétrospectives, pour valider les diagnostics initiaux.

L'absence de définitions pratiques des troubles psychiatriques explique dans une large mesure pourquoi les cliniciens et les chercheurs ne sont pas parvenus à concilier leurs points de vue. Les travaux devant mener à l'élaboration de protocoles d'entrevue structurés et fiables ont débuté à la Washington University, à St-Louis au début des années 50. Le compte rendu de ces travaux figure dans un article sur les critères de diagnostic applicables à la recherche psychiatrique (Feighner et coll., 1972) dans lequel on trouve des critères pratiques et détaillés pour un certain nombre d'affections. Par la suite, ces travaux ont été poursuivis en collaboration avec Spitzer et Endicott (dans le cadre du NIMH Collaborative Research Program) ainsi qu'avec des collègues de Harvard et d'Iowa, et ont abouti à la production des Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzer, Endicott et Robins, 1975). Des entrevues structurées -- Les diverses versions du Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) -- ont également été publiées (Spitzer et Endicott, 1978). Par la suite, d'autres protocoles d'entrevue ont été élaborés et publiés (par exemple celui de Helzer, Robins et coll., 1981).

Au cours de cette période, diverses études de fiabilité importantes ont été réalisées (Helzer, Clayton et coll., 1977; Helzer, Robins et coll., 1977; Spitzer, Endicott et Robins, 1978). Celles-ci ont montré qu'avec des définitions pratiques et des protocoles d'entrevue standardisés, le degré de fiabilité du diagnostic psychiatrique était au moins comparable à celui des meilleurs tests psychologiques, et qu'il s'était considérablement amélioré par rapport aux résultats rapportés dans des études antérieures dont les auteurs ne bénéficiaient pas de tels instruments (Matarazzo, 1983).

Le DSM-III (APA, 1980) représentait sans doute l'aboutissement logique de cette prise de conscience accrue et généralisée de l'importance du diagnostic et de la possibilité de poser des diagnostics fiables. Il se distingue par son utilisation de cinq axes différents. Le premier axe comprend tous les troubles mentaux, exception faite des troubles de la personnalité et des troubles du développement propres à l'enfance, qui constituent l'Axe II. L'Axe III est réservé aux troubles et affections physiques et aux états qui peuvent coexister avec les troubles de l'Axe I et de l'Axe II.

Les Axes IV et V sont de nouveaux concepts introduits par le DSM-IIIs, qui devaient au départ être utilisés par les chercheurs et fournir des éléments d'information devant faciliter la préparation du plan thérapeutique ou la détermination du pronostic. L'Axe IV sert à déterminer l'intensité des facteurs de stress psychosociaux d'après une échelle à huit points; on y trouve des exemples de chaque degré de stress. L'Axe V sert à évaluer, à l'aide d'une seule échelle à cinq points (de supérieur à mauvais) le niveau le plus élevé de fonctionnement et d'adaptation au cours de l'année précédente, dans trois grands domaines : les relations sociales, l'activité professionnelle et l'utilisation des heures de loisir.

La plus récente innovation dans ce domaine est le Diagnostic Interview Schedule (DIS) du National Institute of Mental Health (Robins, Helzer et coll., 1981), un protocole d'entrevue hautement structuré, qui permet tant aux interviewers profanes qu'aux cliniciens de poser des diagnostics psychiatriques à l'aide des critères du DSM-III, des critères de Feighner et des Research Diagnostic Criteria. Le DIS, qui en est maintenant à sa troisième édition, n'englobe pas tous les diagnostics du DSM-III, mais l'on y trouve ceux qui sont susceptibles d'intéresser les chercheurs dont les travaux portent sur les principaux troubles psychiatriques. Chaque questionnaire est hautement structuré et "exploratoire" (permet d'obtenir davantage de renseignements) et doit être utilisé de façon structurée. La possibilité de faire appel à des enquêteurs profanes et d'obtenir malgré tout des diagnostics fiables fait qu'il est particulièrement adapté aux enquêtes menées dans la collectivité et représente sans doute un énorme pas en avant dans ce domaine. On n'a pas tardé à reconnaître les avantages que cet instrument présente pour la sélection de malades en vue d'études de tous genres.

Le diagnostic n'a pas été un objet de préoccupation uniquement aux États-Unis. En Grande-Bretagne, Wing et ses collaborateurs (Wing, 1983; Wing, Cooper et Sartorius, 1974) ont, au terme de vingt-cinq années d'efforts, mis au point le Present State Examination (PSE), qui en est maintenant à sa neuvième édition. Il s'agit d'une méthode qui permet de décrire de façon fiable les phénomènes cliniques. Ils ont également mis au point un programme de classification uniformatisé (CATEGO) ainsi qu'un répertoire de définitions qui établit les points seuils. Le système CATEGO définit des catégories, et Wing ne considère pas qu'il s'agit là de l'équivalent des diagnostics cliniques. Le PSE a été utilisé dans le cadre de deux études internationales de grande envergure, le projet de diagnostic anglo-américain (Cooper, Kendell et coll., 1972) ainsi que l'Étude pilote internationale sur la schizophrénie (OMS, 1973), et a maintenant été traduit dans plus de quarante langues.

Si l'on compare la situation d'aujourd'hui à celle d'il y a dix ans, on peut affirmer qu'on est beaucoup plus près d'obtenir un diagnostic exact et fiable en vue d'études épidémiologiques au moyen de méthodes applicables par des profanes auprès de populations nombreuses.

Évaluation de l'issue de la maladie et du degré d'incapacité

Il faut bien souligner que, même si le diagnostic est fiable, il ne peut que donner une idée du type et du volume de services nécessaires. Si l'on veut obtenir un tableau plus complet de la situation, il faut disposer d'une évaluation passablement exacte et utile de l'issue de la maladie et du degré de l'incapacité résiduelle.

L'importance de ce type de données est évidente. Il s'agit par exemple de déterminer la proportion des schizophrènes qui devront être hospitalisés en permanence, ou encore placés dans des milieux de travail et de vie protégés dans la collectivité; de prévoir la fréquence et la durée de leurs séjours à l'hôpital, ou d'établir combien auront besoin d'une forme quelconque de revenus d'appoint.

Pour répondre à ces questions, on doit disposer de mesures de l'issue de la maladie, autrement dit à des instruments qui permettent d'évaluer le degré d'incapacité à un moment bien précis ou au cours d'une période donnée.

Il existe à cet égard d'autres façons de procéder. Ainsi, il est possible de séparer les personnes atteintes de troubles non récurrents de celles qui souffrent de troubles récurrents, et de déterminer la longueur et la fréquence des épisodes. Ces questions n'ont pas été réglées de façon satisfaisante. On note toutefois une nette amélioration sur le plan des techniques utilisées pour évaluer l'issue de la maladie à un moment donné ou au cours d'une période donnée.

Les premières études sur les résultats de l'intervention auprès des schizophrènes reposaient sur des critères vagues et non définis (par exemple, "malades ayant obtenu leur congé de l'hôpital" par opposition à "malades hospitalisés" ou encore "amélioration" par opposition à "absence d'amélioration") sans que les caractéristiques de ces malades ne soient précisées d'aucune façon. La démarche utilisée dans les études récentes s'est considérablement perfectionnée et fait appel à des mesures pluridimensionnelles de l'issue de la maladie.

Strauss et Carpenter (1972) ont fait un énorme pas en avant en évaluant l'issue de la maladie d'après des échelles relativement à quatre variables importantes : le travail, les symptômes, les relations sociales et le temps passé en dehors de l'hôpital. Chacun de ces facteurs a été évalué séparément, mais on pourrait les regrouper pour obtenir un paramètre global d'évaluation de l'issue de la maladie. Bland, Parker et Orn (1976) et Bland et Orn (1978) ont utilisé des paramètres relativement analogues. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1979) a utilisé un plus grand nombre de paramètres légèrement plus raffinés et les a combinés pour obtenir une estimation globale. Ce genre d'étude s'avère extrêmement utile lorsqu'il s'agit de faire la distinction entre différentes sphères de fonctionnement de l'individu après la maladie. Bien qu'elles soient liées entre elles, celles-ci sont très distinctes les unes des autres (Strauss et Carpenter, 1974) et leurs facteurs de prédiction peuvent être différents.

TABLEAU 1

Paramètres d'évaluation de l'issue de la maladie (Études récentes à l'aide de paramètres pluridimensionnels d'évaluation de l'issue de la maladie)

Strauss et Carpenter (1972)	OMS (1979)	Bland et coll. (1976, 1978)
1. Temps passé en dehors de l'hôpital	1. Symptômes	1. État psychiatrique
2. Contacts sociaux	2. Durée de l'épisode	2. Adaptation sociale
3. Emploi	3. État psychotique exprimé en pourcentage de temps	3. Productivité sur le plan économique
4. Absence de symptômes	4. Évolution caractéristique de la maladie	4. Temps productif perdu
	5. Type d'épisode subséquent	
	6. Handicap social	
	7. Temps passé en dehors de l'hôpital	

Il importe de souligner que l'on a fait des progrès dans l'évaluation de l'issue de la maladie ces dernières années grâce à l'élaboration et à la mise en application de paramètres pluridimensionnels, surtout dans le cas de la schizophrénie et des troubles affectifs. La situation n'a pas été aussi brillante pour certains autres troubles, notamment les névroses et les troubles de la personnalité.

Résumé

Il est essentiel de connaître les taux des divers troubles psychiatriques et leur distribution dans la population si l'on veut faire un calcul rationnel des coûts et offrir les services cliniques et sociaux nécessaires.

Les instruments utilisés auparavant dans les études épidémiologiques visaient surtout à mesurer l'intensité des symptômes ou les degrés d'incapacité plutôt qu'à permettre de poser des diagnostics cliniques précis. Il n'y a pas nécessairement une relation étroite entre les échelles d'évaluation des symptômes et les diagnostics (Boyd, Weissman et coll., 1982; D'Arcy, 1982; Myers et Weissman, 1980). Les progrès réalisés au cours des dernières années sur les plans de la validité et de la fiabilité des diagnostics psychiatriques, ainsi que l'élaboration de protocoles standardisés d'entrevues diagnostiques, ont élargi les horizons de la recherche en épidémiologie, qui cesse d'être axée sur la "santé mentale" pour s'intéresser davantage à des "maladies mentales précises".

Nous disposons depuis peu d'estimations fiables de l'incidence et de la prévalence de troubles psychiatriques particuliers (traités ou non) dans une collectivité.

Ces troubles ont des issues très diverses qui vont du rétablissement complet à l'incapacité totale. La proportion des malades qui font partie de ces catégories et des catégories intermédiaires varie selon les types de troubles mais aussi selon la région géographique. On ne parvient pas à s'expliquer parfaitement ce phénomène qui mérite d'être étudié plus à fond.

Des études portant sur certaines maladies révèlent qu'elles ne sont pas réparties de façon aléatoire, mais que des facteurs tels que l'âge, le sexe, l'état civil et d'autres caractéristiques pertinentes influent sur la fréquence des différentes affections. La recherche dans ces domaines peut permettre de déceler les facteurs de risque et à mieux adapter les services cliniques aux besoins des différentes populations.

Il a été bien prouvé que beaucoup de gens qui souffrent de maladies mentales ne cherchent pas à se faire traiter. (Il est fort possible que seulement 25 p. 100 le fassent.) Identifier les sujets malades qui souffrent d'un trouble courant dont la morbidité et la mortalité sont élevées, et qui ne reçoivent aucun traitement (mais pour lesquels il existe un traitement efficace) : voilà qui devrait figurer au premier rang des priorités en santé publique. Certaines études indiquent que les personnes dont les troubles psychiatriques ne sont pas diagnostiqués ont tendance à surutiliser d'autres services de santé. L'amélioration des services de santé mentale pourrait entraîner des réductions de l'ordre de 26 p. 100 dans l'utilisation d'autres services de santé.

J'ai entrepris ici de montrer que les données épidémiologiques sont nécessaires à l'établissement de l'ordre de priorité en matière de services, et que des méthodes et techniques de diagnostic exactes de même que l'évaluation de la proportion des malades et de la population susceptibles d'être atteints de maladies mentales particulières font partie intégrante des études épidémiologiques.

Références

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, D.C.: APA, 1980.

Bland, R. C., et Orn, H. 14-year outcome in early schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1978, 58, 327-338.

Bland, R. C., Parker, J. H., et Orn, H. Prognosis in schizophrenia. A ten-year follow-up of first admissions. Archives of General Psychiatry, 1976, 33, 949-954.

Boyd, J. H., Weissman, M. M., Thompson, D., et Myers, J. K. Screening for depression in a community sample. Archives of General Psychiatry, 1982, 39, 1195-2000.

Cooper, J. E., Kendell, R. E., Gurland, B. J., Sharp, L., Copeland, J. R. M., et Simon, R. J. Psychiatric diagnosis in New York and London: A comparative study of mental hospital admissions. Maudsley Monograph, No. 20, London: Oxford University Press, 1972.

D'Arcy, C. Prevalence and correlates of nonpsychotic psychiatric symptoms in the general population. Canadian Journal of Psychiatry, 1982, 27, 316-324.

Dupont, A., Videbech, T., et Weeke, A. A cumulative national psychiatric register: Its structure and application. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1974, 50, 161-173.

Feighner, J. P. Nosology of primary affective disorders and application to clinical research. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 290, 1981, 63, 29-41.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, J. B., Woodruff, R. A., et Winokur, G. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Archives of General Psychiatry, 1972, 26, 56-73.

Goldberg, D. P., et Huxley, P. Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care. London: Tavistock, 1980.

Helgason, T. Epidemiology of mental disorders in Iceland. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 173, 1964.

Helzer, J. E., Clayton, P. J., Pambakian, R., Reich, T., Woodruff, R. A., et Reveley, M. A. Reliability of psychiatric diagnosis: II. Archives of General Psychiatry, 1977, 34, 136-141.

Helzer, J. E., Robins, L. N., Croughan, J. L., et Welner, A. Renard diagnostic interview. Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 393-398.

Helzer, J. E., Robins, L. N., Taibleson, M., Woodruff, R. A., Reich, T., et Wish, E. D. Reliability of psychiatric diagnosis: I. A methodological review. Archives of General Psychiatry, 1977, 34, 129-134.

Hollingshead, A. B., et Redlich, F. D. Social class and mental illness. New York: John Wiley & Sons, 1958.

Leighton, A. H. Caring for mentally ill people. London: Cambridge University Press, 1982.

Leighton, D. C., Harding, J. S., Macklin, D. B., et coll. Psychiatric findings of the Stirling County Study. American Journal of Psychiatry, 1963, 119, 1021-1026.

Matarazzo, J. D. The reliability of psychiatric and psychological diagnosis. Clinical Psychology Review, 1983, 3, 103-145.

Myers, J. K., et Weissman, M. M. Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample. American Journal of Psychiatry, 1980, 37, 1081-1084.

Organisation mondiale de la Santé. Étude pilote internationale sur la schizophrénie. Genève, OMS,1973.

Organisation mondiale de la Santé. Schizophrenia: An International Follow-up Study. New York: John Wiley, 1979.

Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., et Ratcliff, K. S. The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 381-389.

Spitzer, R. L., et Endicott, J. NIMH Clinical Research Branch Collaborative Program on the Psychobiology of Depression: Schedule for affective disorders and schizophrenia (3rd ed.). New York: New York State Psychiatric Institute Biometrics Research Division, 1978.

Spitzer, R. L., Endicott, J., et Robins, E. Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders (2nd ed.). New York: New York State Psychiatric Institute Biometrics Research Division, 1975.

Spitzer, R. L., Endicott, J., et Robins, E. Research Diagnostic Criteria. Archives of General Psychiatry, 1978, 35, 773-782.

Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., et coll. Mental health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study. New York: McGraw-Hill, 1962.

Strauss, J. S., et Carpenter, W. T. The prediction of outcome in schizophrenia. I. Characteristics of outcome. Archives of General Psychiatry, 1972, 27, 739-746.

Strauss, J. S., et Carpenter, W. T. Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 1974, 30, 429-434.

Weissman, M. M., et Klerman, G. Epidemiology of mental disorders: Emerging trends in the United States. Archives of General Psychiatry, 1978, 35, 705-712.

Weissman, M. M., Myers, J. K., et Thompson, D. Depression and its treatment in a U. S. urban community 1975-1976. Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 417-421.

Wing, J. K. The use and misuse of the PSE. British Journal of Psychiatry, 1983, 143, 111-117.

Wing, J. K., Cooper, J. E., et Sartorius, N. The measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Oxford University Press, 1974.

Wing, J. K., Wing, L., et Hailey, A. The use of case registers for evaluating and planning psychiatric services. In Psychiatric Case Registers, DHSS Statistical Report Series no. 8. London: HMSO, 1970.

Woodruff, R. A., Goodwin, D. W., et Guze, S. B. Psychiatric diagnosis. New York: Oxford University Press, 1974.

LES MARQUEURS BIOLOGIQUES DANS LES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES ET NEUROLOGIQUES

ALAN A. BOULTON
Psychiatric Research Division
Saskatchewan Health
and Department of Psychiatry
Université de la Saskatchewan

Dans ce bref survol de la question, nous soulignons l'utilité des marqueurs biologiques dans les cas d'infranormalité et de dérèglements neurologiques. Pour ce qui touche aux troubles psychiatriques, nous discutons plus en détail des avantages et des inconvénients de la dopamine ou de ses métabolites et d'autres monoamines qui servent de marqueurs dans la schizophrénie. Nous présentons des données qui indiquent que certaines des oligoamines, leurs métabolites acides ou les enzymes qui y correspondent (monoamine oxydase) jouent un rôle dans la schizophrénie, la dépression, l'agoraphobie et la violence. On verra que l'activité plaquettaire de la monoamine oxydase et les taux d'oligoacides dans le plasma sont réduits (ou augmentés) de façon significative.

Bon nombre de troubles psychiatriques et neurologiques sont transmis héréditairement, au moins en partie; cela laisse croire à la présence d'un dérèglement ou d'une anomalie biochimique. Si l'on peut déceler cette anomalie biochimique, on peut, dès lors, mieux comprendre le trouble et élaborer des stratégies concomitantes de traitement ou de thérapie. On recherche actuellement la présence de marqueurs biologiques dans les cas de schizophrénie, de dépression, de violence, de suicide, d'hyperkinésie, d'anorexie mentale, de migraine, de maladie de Parkinson, de chorée de Huntington, etc. On espère évidemment que les marqueurs, ou des états ou encore des traits de ce genre, faciliteront le diagnostic et une intervention précoce.

Arriération mentale

On a remporté beaucoup de succès dans plusieurs cas d'infranormalité. Dans le cas de la phenylcétonurie, par exemple, l'observation d'une augmentation de l'acide phénylpyruvique dans l'urine a mené à découvrir que la phénylalanine hydroxylase hépatique n'était pas fonctionnelle, ce qui provoquait un déséquilibre du métabolisme des acides aminés aromatiques et de l'homéostasie; un régime alimentaire institué dès la naissance permet un développement physiologique/psychologique plus normal. On a également décelé des marqueurs chez les sujets atteints de galactosémie (déficit en galactose-1-phosphate-uridyl-transférase), les cas d'aminoacidurie (homocystinurie, tyrosinémie, maladie de Hartnup, leucinose, etc.), les dyslipidoses ou lipoïdoses (maladies de Tay-Sach, de Niemann-Pick, de Gaucher, etc.) ainsi que dans la goutte et la xanthinurie où l'on observe des troubles du métabolisme de la purine et de la pyrimidine.

Troubles neurologiques

Dans ce domaine, le meilleur exemple est probablement la découverte de l'abaissement du taux de dopamine (DA) (un neuromédiateur ou neurotransmetteur localisé dans les noyaux gris centraux) et certains de ses métabolites dans le cerveau et les liquides organiques des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Si l'on a détecté d'autres anomalies neurochimiques chez les personnes souffrant de cette maladie, l'abaissement du taux de DA indiquait très clairement l'utilité d'une chimiothérapie substitutive; en donnant de la L-Dopa en même temps qu'un inhibiteur périphérique de la décarboxylase des acides aminés L-aromatiques, on peut hausser les taux de DA dans le cerveau et améliorer l'état de ces malades, au moins pendant plusieurs années. Les analyses pratiquées sur des cadavres ont révélé que les taux cérébraux de DA, d'acide gamma-aminobutyrique et d'acétylcholine (tous des neuromédiateurs) sont réduits tant dans la chorée de Huntington que dans la démence sénile et présénile. Ces observations indiquent qu'on pourra peut-être aussi élaborer des chimiothérapies substitutives pour traiter ces maladies. En outre, il se fait actuellement beaucoup de recherches sur les marqueurs dans la maladie d'Alzheimer.

Schizophrénie

Dans le cas de ce trouble psychiatrique le plus tragique, on a maintenant de bonnes raisons d'être optimiste. Il semble que plusieurs marqueurs font surface. Après l'apparition de technologies hautement perfectionnées comme la tomodensitométrie (1), la mesure du débit sanguin à l'aide du xénon radioactif, la résonnance nucléaire magnétique (2) et la tomographie à émission de positrons (TEP) (3), il semble maintenant possible d'affirmer l'existence d'anomalies morphologiques dans le cerveau des schizophrènes. En utilisant des substances convenablement marquées (c'est-à-dire des substances qui, en se désintégrant, libèrent des positrons), on espère qu'il sera bientôt possible de visualiser les zones du cerveau qui entrent en jeu dans le métabolisme énergétique, la fixation et la libération des neuromédiateurs, etc., et d'établir un lien avec les divers déséquilibres psychiatriques et neurologiques. On s'attend en outre à ce que la TEP soit capable de révéler quel neuromédiateur, dans telle zone du cerveau, intervient dans le sommeil, la cognition, la satisfaction, la mémoire, la régulation de la température, l'émotion, etc. (pour des exemples, voir les références 4,5).

À l'aide d'autres stratégies basées sur la manipulation pharmacologique chez les animaux de laboratoire et le blocage des récepteurs de neuromédiateurs dans des cerveaux humains prélevés sur des cadavres, on a déjà pu affirmer que la dopamine joue un rôle dans la schizophrénie (voir la réf. 6). On a démontré que les neuroleptiques efficaces sur le plan clinique sont des antagonistes de la dopamine et qu'il existe une bonne corrélation entre le blocage des récepteurs et l'efficacité clinique (7); d'autres drogues (l'amphétamine, la L-dopa, par exemple) produiraient les effets escomptés (c'est-à-dire empireraient l'état des malades) lorsqu'on les administre à des schizophrènes. Étant donné ces résultats, on peut donc dire que les schizophrènes ont des

systèmes dopaminergiques hyperactifs ou une hypersensibilité dopaminergique. À l'heure actuelle, rien ne corrobore cette théorie de façon irréfutable, cependant, il existe de fait plusieurs raisons de croire qu'elle est simpliste. Par exemple, 1. les effets de l'ingestion de neuroleptiques, l'amélioration clinique, prennent beaucoup de temps (plusieurs semaines) à se manifester; 2. l'augmentation du blocage des récepteurs pourrait être causée par les drogues; 3. certaines substances qui devraient avoir des propriétés neuroleptiques comme l'alpha-méthyl p-tyrosine (qui bloque la synthèse de la DA) ne sont pas des neuroleptiques efficaces; 4. plusieurs autres neuromédiateurs sont aussi influencés de la même manière que la DA par les neuroleptiques et dans les études sur le blocage des récepteurs, et 5. des taux réduits de DA, comme il en existe chez les parkinsoniens par exemple, ne protègent pas contre la schizophrénie. Mais malgré ces objections, il paraît tout à fait vraisemblable que les neuromédiateurs putatifs et aussi d'autres neuromédiateurs aminergiques et des neuromodulateurs joueront un rôle dans la schizophrénie. Des hypothèses de ce genre ont beaucoup de valeur heuristique et ont déjà entraîné une augmentation substantielle de nos connaissances sur la répartition et la fonction des neuromédiateurs. Par exemple, Hornykiewicz (8) prétend qu'on peut davantage compter que la noradrénaline entre en jeu dans la schizophrénie alors que d'autres croient que la 5-hydroxytryptamine, certains neuropeptides (cholécystokinine, somatostatine, neurotensine, substance P et β-endorphine, en particulier) et les prostaglandines ont un rôle à jouer. Certains pensent que le rapport sérine/cystéine dans le plasma sanguin est modifié de même que celui de certains métabolites glucidiques alors qu'au niveau des plaquettes, on ne peut guère douter que les taux de monoamine oxydase (MAO) sont réduits dans les cas de schizophrénie chronique, bien qu'on n'ait pas encore trouvé la cause exacte de ce phénomène (9).

Dépression

Comme les recherches sur la schizophrénie, les études de la dépression ont abouti à de nombreuses affirmations relatives à la modification du métabolisme des neuromédiateurs. On a constaté notamment un abaissement du taux de l'acide 5-hydroxyindole-acétique dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) et des diminutions de l'excrétion de noradrénaline (NA) et de 3-méthoxy-4-hydroxyphénylglycol dans l'urine, chez les déprimés. Cette excrétion serait au contraire augmentée dans les états maniaques. On a démontré que l'épreuve de freinage de la déxaméthasone est un indicateur de la dépression et qu'il y a des modifications relatives à d'autres substances neuro-endocriniennes (voir la référence 10).

Oligoamines

En Saskatchewan, nous avons choisi de centrer nos études sur un autre groupe d'amines, les oligoamines, ainsi appelées parce qu'on les trouve en concentrations infinitésimales dans les tissus (pour une information plus détaillée, voir le livre et l'étude, réf.11,12). Ces amines (phényléthylamine (PE), tryptamine (T), para-tyramine (pTA), méta-tyramine (mTA), les octo-

pamines, etc.) nous paraissent importantes pour les raisons suivantes : 1. leur répartition dans le cerveau et les neurones est hétérogène; 2. leur renouvellement ("turn-over") est extrêmement rapide; en réalité, au cours d'une unité de temps déterminée, l'organisme synthétise autant de PE que de DA et beaucoup plus de PE que de noradrénaline; 3. ce sont les meilleurs substrats pour la monoamine oxydase (MAO); 4. par leur structure et leur métabolisme, ces amines sont apparentées au catécholamines et à la 5-hydroxytryptamine; 5. elles sont synthétisées à partir de deux acides aminés essentiels, la phénylalanine et le tryptophane ainsi que de la tyrosine; 6. il existe une relation réciproque entre la pTA striatale et mésolimbique et la mTA ainsi que la DA en présence d'antipsychotiques, de neuroleptiques ou de stimulants, d'agonistes et d'antagonistes de la dopamine, de précurseurs et d'inhibiteurs métaboliques de la dopamine et du stress; 7. certaines de ces substances sont concentrées et libérées par des processus actifs tant in vitro que in vivo; 8. après ionophorèse, elles se comportent comme des inhibiteurs des neuromédiateurs; quand elles sont données par ionophorèse en quantité infinitésimale avec la DA, la NA et la 5HT, elles potentialisent grandement l'effet dépresseur de ces dernières substances; 9. on a mis en évidence des récepteurs de la tryptamine et peut-être de la phényléthylamine; 10. ces substances agissent sur le comportement en mimant l'action de l'amphétamine en plus de jouer un rôle dans les composantes du comportement influencées par la DA, la NA et la 5HT; 11. elles semblent entrer en cause dans le processus synaptique, soit directement en tant que neuromédiateurs ou indirectement en tant que neuromodulateurs des autres monoamines hypothétiques et peut-être de certains neuropeptides et d'autres médiateurs; 12. on a émis une hypothèse soulignant leur rôle, au niveau de la synapse dans les mécanismes d'homéostasie, et leur rôle possible dans les troubles psychiatriques et neurologiques.

Au point de vue clinique, on a incriminé les oligoamines dans des cas de dépression dont le diagnostic est basé sur un abaissement du taux urinaire de l'acide phénylacétique (PAA) (13). De plus, Sandler et ses collaborateurs (14) semblent croire à une conjugaison anormale de la pTA; dans les cas de migraine où ces substances sont, affirme-t-on, des facteurs déclenchant provenant de l'alimentation, certains pensent qu'il y a un taux anormal de phénolsulphotransférase (dans les plaquettes) et que cela provoque une conjugaison anormale de la pTA (15). Certains pensent que la PE est une amphétamine "naturelle" et qu'en conséquence, elle cause la schizophrénie d'une façon ressemblant beaucoup à l'action de l'amphétamine dans les cas d'abus chronique qui aboutissent à un état proche de la schizophrénie paranoïde (16, 17). On affirme que l'acide phénylacétique (PAA) augmente dans le LCR. Chez les psychopathes agressifs, Sandler et ses collaborateurs (18) ont prétendu qu'il y avait élévation du taux plasmatique de PAA.

Comme on peut le voir dans le tableau 1, nous avons démontré que le taux de MAO, évalué à l'aide de trois oligoamines différentes comme substrat, est abaissé chez les schizophrènes, les personnes souffrant de manie dépressive et les prisonniers violents; la concentration de la MAO augmente chez les agoraphobiques pendant une crise de panique. Dans le tableau 2, on peut voir que les taux de PAA non conjugué et d'acide méta-hydroxyphénylacétique (mHPAA) sont beaucoup plus bas que ceux d'individus témoins (dans les

hôpitaux et la collectivité) chez les schizophrènes chroniques de deux hôpitaux différents. Chez les agoraphobiques ayant fait une crise de panique et les individus souffrant de dépression, il est évident, si l'on examine le tableau 3, que le taux de PAA non conjugué est abaissé de façon significative chez les dépressifs et que tous les oligoacides non conjugués ont tendance à diminuer chez les agoraphobiques. Chez les individus agressifs (c'est-à-dire ceux qui ont été incarcérés pour des crimes ayant entraîné des blessures ou la mort d'une autre personne), on voit, dans le tableau 4, que l'acide parahydroxyphénylacétique (pHDAA) non conjugué et l'acide phénylacétique (PAA) conjugué sont considérablement réduits.

Conclusion

Dans ce très bref survol de la question des indicateurs biologiques de certains troubles psychiatriques, on peut voir que, jusqu'à présent, aucune substance ne peut indiscutablement être considérée comme indicatrice d'une affection en particulier. Cependant, il devient évident que les monoamines qu'on dit neuromédiatrices et les amines (oligoamines) biogéniques neuromodulatrices ou leurs métabolites ou les enzymes qui leur sont associés semblent jouer un rôle. Ces constatations, de même que les modifications neuroendocriniennes et les modifications morphologiques du cerveau, semblent promettre qu'on pourra découvrir des indicateurs biologiques. Armés des indicateurs appropriés, les chercheurs ne devraient pas avoir besoin de beaucoup de temps avant d'acquérir des connaissances poussées et de comprendre beaucoup mieux les mécanismes de traitement et de prophylaxie.

Références

1. Weinberger, D.R., Wagner, R.L., et Wyatt, R.J. Neuropathological Studies of Schizophrenia: A Selective Review. Schiz. Bull. 1983, 9, 193-212.

2. Brownell, G.L. Budinger, T.F., Lanterbur P.C., et McGeer, P.L. Positron Tomography and Nuclear Magnetic Resonance Imaging. Science, 1982, 215, 619-626.

3. Ter-Pogossian, M.M., Raichle, M.E., et Sobel, B.E. Positron Emission Tomography. Scientific Amer., 1980, 171-181.

4. Wagner, H.N., Burns, H.D., Dannals, R.F., Wong, D.F., Langstrom, B., Duelfer, T., Frost, J.J., Ravert, H.T., Links, J.M., Rosenbloom, S.B., Lukas, S.E., Kramer, A.V., et Kuhar, M.J. Imaging Dopamine Receptors in the Human Brain by Positron Tomography. Science, 1983, 221, 1264-1266.

5. Garnett, E.S., Finau, G., et Nahmias, C. Dopamine Visualised in the Basal Ganglia of Living Man. Nature, 1983, 305, 137-138.

6. Haracz, J.L. The Dopamine Hypothesis: An Overview of Studies with Schizophrenic Patients. Schiz. Bull., 1982, 8, 438-469.

7. Seeman, P., Lee, T., Chau-Wong, M., et Wong, K. Antipsychotic Drug Doses and Neuroleptic/Dopamine Receptors. Nature, 1976, 261, 717-719.

8. Hornykiewicz, O. Brain Catecholamines in Schizophrenia - A Good Case for Noradrenaline. Nature, 1982, 299, 484-486.

9. Wyatt, R.J., Potkin, S.G., Bridge, T.P., Phelps, B.N., et Wise, C.D. Monoamine Oxidase in Schizophrenia: An Overview. Schizophrenia, 1980, 6, 199-207.

10. Feinberg, M. et Carroll, B.J. Biological Markers for Endogenous Depression in Series and Parallel. Biol. Psychiat., 1984, 19, 3-11.

11. Boulton, A.A., Baker, G.B., Dewhurst, W.G., et Sandler, M. (eds.) Neurobiology of the Trace Amines: Analytical Physiological, Pharmacological, Behavioural and Clinical Aspects. New Jersey: Humana Press Inc., 1984.

12. Boulton, A.A. et Juorio, A.V. Brain Trace Amines, in A. Lajtha, ed., Handbook of Neurochemistry 1 New York: Plenum Press, 1982, 189-222.

13. Sabelli, H.C., Fawcett, J., Gusovsky, F., Javaid, J., Edwards, J., et Jeffries, H. Urinary Phenyl Acetate: A Diagnostic Test for Depression? Science, 1983, 220, 1187-1188.

14. Sandler, M., Bonham-Carter, S.M., et Walker, P.L. Tyramine and Depressive Illness, in A.A. Boulton, G.B. Baker, W.G. Dewhurst, and M. Sandler, eds, Neurobiology of the Trace Amines, New Jersey: Humana Press Inc., 1984, pp. 487-498.

15. Littlewood, J., Glover, V., Sandler, M., Petty, R. Peatfield, R., et Rose, F.C. Platelet Phenolsulphotransferase Deficiency in Dietary Migraine. Lancet, 1982, 1, 983-985.

16. Potkin, S.G., Karoum, F., Chuang, L.-W., Cannon-Spoor, H.E., Phillips, I., et Wyatt, J.D. Phenylethylamine in Paranoid Chronic Schizophrenia. Science, 1979, 206, 470-471.

17. Sandler, M., Ruthven, C.R.J., Goodwin, B.L., King, G.S., Pettit, B.R., et Reynolds, G.P. Raised Cerebrospinal Fluid Phenylacetic Acid Concentration: Preliminary Support for the Phenylethylamine Hypothesis of Schizophrenia. Comm. Psychopharmacol. 1978, 2, 199-202.

18. Sandler, M., Ruthven, C.R.J., Goodwin, B.L., Field, H., et Matthews, R. Phenylethylamine Overproduction in Aggressive Psychopaths. Lancet, 1978, 2, 1269-1270.

19. Boulton, A.A. Some Aspects of Basic Psychopharmacology: The Trace Amines. Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiat. 1982, 6, 563-570.

20. Yu, P.H., Bowen, R.C., Davis, B.A., et Boulton, A.A. Platelet MAO Activity and Trace Acid Levels in Plasma of Agoraphobic Patients. Acta Psychiat. Scand. 1983, 67, 188-194.

21. Yu, P.H., Bowen, R.C., Carlson, K., O'Sullivan, K., et Boulton, A.A. Comparison of Some Biochemical Properties of Platelet MAO in Mentally Disordered and Healthy Individuals. Psychiat. Res., 1982, 6, 107-121.

22. Davis, B.A., Yu, P.H., Carlson, K., O'Sullivan, K., et Boulton, A.A. Plasma Levels of Phenylacetic Acid meta- and para-Hydroxyphenylacetic Acid and Platelet MAO Activity in Schizophrenic and Other Patients. Psychiat. Res., 1982, 6, 97-105.

23. Boulton, A.A., Davis, B.A., Yu, P.H., Wormith, J.S., et Addington, D. Trace Acid Levels in Plasma and MAO Activity in the Platelets of Violent Offenders. Psychiat. Res., 1983, 8, 19-23.

TABLEAU 1

Activité plaquettaire de la monoamine oxydase dans différents troubles psychiatriques

	Activité de la MAO		
	pTA	PE	T
Témoins (personnel de laboratoire) (n=30)	2,51	9,07	0,83
Témoins (de la collectivité) (n-64)	2,59	9,17	0,90
Témoins (prisonniers, hôpital A) (n=24)	3,17	10,54	0,99
Schizophrènes chroniques (hôpital A) (n=24)	1,76*	7,38*	0,45*
Schizophrènes chroniques (hôpital B) (n=19)	1,68*	6,24*	-----
Maniacodépressifs (hôpital B) (n=19)	2,07†	5,78*	-----
Agoraphobiques en crise (n=29)	3,57††	13,58††	1,15††
Prisonniers violents (prison C) (n=35)	2,20†	8,41†	0,51†
Prisonniers violents (prison D) (n=16)	2,14*	7,46*	0,47*

Résultats exprimés en nmol/mg/h.

* diminué de façon significative par rapport aux témoins $p < 0,05$ à 0,001

† tendance à diminuer mais signification $p > 0,05$.

†† diminué de façon significative par rapport aux témoins $p < 0,05$ à 0,001.

Données tirées des références 19-21 et de Boulton et coll., inédité.

TABLEAU 2

Taux plasmatiques d'oligoacides non conjugués chez les schizophrènes

	PAA	mHPA	pHPA
Témoins de la collectivité (n=64)	133	19,0	84
Témoins d'hôpitaux (hôpital A) (n=24)	168	14,8	69
Schizophrènes (hôpital A) (n=24)	175	7,8†††	52
Schizophrènes (hôpital B) (n=18)	115†	7,5††	63

Résultats exprimés en ng/mL.
Valeurs assez différentes de celles des témoins choisis dans les hôpitaux.
† $p < 0,05$
†† $p < 0,01$
††† $p < 0,001$
Données tirées de la référence 22.

TABLEAU 3

Taux plasmatiques d'oligoacides non conjugués dans l'agoraphobie et la dépression

	PAA	mHPA	pHPA
Témoins (collectivité) (n=64)	133	19,2	84
Témoins (personnel de laboratoire) (n=14)	155	23,2	69
Patients dépressifs (n=17)	82*	14,7†	54†
Patients agoraphobiques (n=29)	107†	11,9†	63†

Résultats exprimés en ng/mL.
* Valeurs réduites de façon significative par rapport au contrôle $p < 0,05$.
† Tendance à diminuer mais signification $p > 0,05$.
Données tirées de la référence 20.

TABLEAU 4

Taux plasmatiques d'oligoacides conjugués et non conjugués chez les prisonniers violents et non violents

	Prisonniers violents (n=35)	Prisonniers non violents (n=38)
PAA Non conjugués	136	127
PAA Conjugués	207††	361
mHPA Non conjugués	9,6	9,5
mHPA Conjugués	1,3	1,1
pHPA Non conjugués	64,5†	100
pHPA Conjugués	9,8	13,0

Résultats exprimés en ng/mL.
Différences significatives entre les valeurs chez les individus violents et les individus non violents † $p < 0,05$; †† $p < 0,02$.
Données tirées de la référence 23.

LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES ALCOOLIQUES ET LES TOXICOMANES

HELEN E. ROSS et FREDERICK B. GLASER
Addiction Research Foundation

RÉSUMÉ

Il ressort d'études récentes utilisant des critères de diagnostic explicites et d'entrevues psychiatriques standardisées, qu'on ne peut déduire avec certitude la présence ou l'absence de maladie mentale du fait qu'un sujet présente un problème d'alcool ou de drogues. En effet, il est difficile de poser le diagnostic de maladie mentale chez des sujets qui présentent des troubles liés à l'alcool ou aux drogues. Or, si l'on veut entreprendre une cure de désintoxication efficace, il est indispensable de commencer par déceler les troubles mentaux. Une étude de prévalence de l'Addiction Research Foundation examine l'utilité du questionnaire de santé générale et de l'entrevue clinique (Diagnostic Interview Schedule - DIS) du National Institute of Mental Health (NIMH) dans le dépistage des troubles mentaux chez les alcooliques et les toxicomanes.

Bien qu'on reconnaisse généralement qu'un certain pourcentage des alcooliques et des toxicomanes qui cherchent à se faire soigner présenteront également les symptômes d'autres troubles mentaux, il est difficile d'établir ce pourcentage avec précision. Avant l'utilisation de critères précis et pratiques dans certaines études récentes, les estimations s'échelonnaient entre 0 p. 100 (pour ceux qui considèrent que la maladie mentale est un mythe) à 100 p. 100 (par exemple, dans l'étude psychiatrique de Milo Tyndel de 1974 portant sur 1000 alcooliques à l'Addiction Research Foundation).

Les études de psychopathologie portant sur des populations d'alcooliques et de toxicomanes, qui utilisaient le symptôme dimensionnel ou les tests de la personnalité, étaient difficile à interpréter et donnaient des résultats extrêmement variables. Dans une étude de 1979, Keeler, Taylor et Miller signalent que de 9 à 43 p. 100 des alcooliques souffrent de dépression, que celle-ci soit décelée par un diagnostic clinique ou par l'une des trois échelles d'appréciation standard de la dépression. Plus récemment, Hesselbrock, Hesselbrock, Tennen et coll. (1983) ont comparé la prévalence de la dépression dans un échantillon de 250 alcooliques hospitalisés, à l'aide de l'interview clinique du NIMH et des critères du DSM-III, de l'inventaire de dépression de Beck (Beck Depression Inventory - BDI) et de l'échelle de dépression de l'inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota (MMPI). Là encore, c'est l'entrevue clinique qui a révélé le taux le plus faible (27 p. 100) par rapport aux 54 p. 100 du Beck et aux 62 p. 100 du MMPI. Blatt, Quinlan, Chevron et coll. (1982) n'ont découvert aucun rapport entre les critères de Feighner et le MMPI, l'inventaire de dépression de BECK (BDI), ou le test auto-administré de Zung pour la mesure de l'intensité de la dépression dans une population de malades mentaux adultes. Ils en concluent

que les expériences subjectives (mesurées par le MMPI et le BDI) et les signes objectifs de dépression (mesurés par les critères de Feighner) "sont deux phénomènes séparés et relativement indépendants".

L'utilisation de critères de diagnostic explicites et d'entrevues structurées avec des alcooliques dans divers établissements thérapeutiques et dans la collectivité (Fowler, Liskow, Tanna et coll. 1977; Freeman, Formo, Alampur et coll., 1979; Halikas, Herzog, Mirassou et coll., 1981; Powell, Penick, Othmer et coll. 1982; Robins, Gentry, Munoz et coll., 1977; Rounsaville, Weissman, Kleber et coll., 1982; Rund, Summers et Levin, 1981; Weissman, Myers et Harding, 1980) permet de conclure qu'il est faux de considérer que les troubles mentaux se retrouvent partout, ou nulle part. Bien qu'ils soient intéressants en eux-mêmes pour plusieurs raisons, ces résultats indiquent clairement que l'alcoolisme ou la toxicomanie ne permettent pas de déduire la présence ou l'absence d'une maladie mentale. Certains alcooliques ou toxicomanes présenteront également des troubles mentaux, et d'autres non.

La coexistence de troubles alcooliques et toxicologiques et d'autres troubles mentaux distincts complique la prestation de soins à cette population. Bien que le fait qu'un malade présente deux ou plusieurs troubles psychiatriques différents n'éclairent pas nécessairement l'étiologie de chacun d'entre eux, il est évident que, pour traiter le malade efficacement, il faut au moins reconnaître l'existence d'un trouble mental. Reste à décider s'il faut traiter ce trouble, et quelle est son urgence. Les travaux que nous allons présenter portent sur l'identification d'autres troubles mentaux chez des alcooliques et des toxicomanes. Comme nous le verrons, cette tâche n'est pas toujours facile.

On peut observer toute la gamme des troubles psychiatriques chez les toxicomanes ou les alcooliques. Ces troubles peuvent être une des causes de la consommation d'alcool ou de drogues, ils peuvent être le résultat d'une intoxication chronique, du sevrage, ou encore ils peuvent se manifester indépendamment de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. Par conséquent, lorsqu'on examine les facteurs psychiatriques dans le traitement de l'intoxication, il est essentiel, non seulement d'étudier les symptômes spécifiques présentés par le malade, mais également de vérifier à quelle époque ces symptômes ont fait leur apparition chez l'alcoolique ou le toxicomane.

Certains auteurs (Schuckit, 1979) font la différence entre l'alcoolisme primaire (sans complications), terme qui désigne de graves problèmes d'alcool chez un sujet qui ne présentait pas déjà des troubles psychiatriques majeurs, et l'alcoolisme secondaire (accompagné de complications), qui se manifeste après une autre affection psychiatrique majeure ou au cours d'une période d'abstinence prolongée. Des études ont démontré que les troubles affectifs sont les troubles psychiatriques primaires traitables les plus couramment rencontrés en cas d'alcoolisme secondaire. Les sujets souffrant de dépression majeure ou de troubles bipolaires présentent un risque élevé de suicide et de criminalité et exigent donc un traitement psychiatrique impliquant au besoin des doses appropriées d'un antidépresseur ou de lithium. Ce traitement peut être suivi simultanément avec le traitement des troubles de l'alcoolisme.

Le malade présentant un alcoolisme secondaire, et chez lequel un diagnostic primaire a reconnu une personnalité antisociale, est également fréquemment traité pour de graves problèmes d'alcool. D'après Schuckit et Winokur (1979), le pronostic est alors pire que pour l'alcoolique primaire. En particulier, Schuckit constate la grande fréquence concomitante de toxicomanie et le risque élevé de criminalité chez ces sujets.

Des études récentes révèlent que d'autres affections psychiatriques traitables sont rares dans des échantillons d'alcooliques. Dans le faible pourcentage de schizophrènes, il peut être nécessaire de prescrire des doses adéquates de médicaments psychotropes pour venir à bout des hallucinations, des délires et du repli sur soi.

L'alcoolique peut manifester presque n'importe quel symptôme psychiatrique. Par exemple, même chez les alcooliques secondaires dépistés, une certaine confusion entoure les symptômes dépressifs. L'alcool à fortes doses entraîne la tristesse, tant chez les alcooliques que chez les non alcooliques, avec un niveau de dépression qui peut aboutir à des suicides sur un coup de tête. Toutefois, contrairement aux troubles affectifs primaires, la tristesse provoquée par l'alcool se dissipera après quelques jours ou semaines d'abstinence. Non seulement les alcooliques sont tristes, mais le diagnotic est compliqué par la forte consommation d'alcool constatée au cours de nombreux épisodes maniaques et dépressifs. Il est sans doute impossible de diagnostiquer des troubles affectifs primaires chez un alcoolique, sauf si l'on sait que le malade avait déjà présenté des épisodes de troubles affectifs non liés à l'alcoolisme. Il faut reconnaître que la tristesse qui se dissipe avec l'abstinence est souvent présente chez les alcooliques.

Dans l'ensemble, aucun effort systématique n'est fait pour évaluer la présence de troubles mentaux majeurs ou mineurs chez les alcooliques ou toxicomanes qui se présentent d'eux-mêmes à des hôpitaux non psychiatriques pour se faire soigner. C'est regrettable, car si l'on se fie aux recherches telles que celles d'Ottenberg (1980), environ 20 p. 100 de tous les malades reçus dans un établissement de traitement des toxicomanies et de l'alcoolisme doivent être activement suivis par un service psychiatrique. Il faut compter les critères d'acceptation en établissement des sujets qui présentent des troubles psychiatriques, l'intensité et la nature des symptômes et la proportion acceptée de malades mentaux ou présentant les symptômes de maladies mentales dans la population de l'hôpital.

La meilleure méthode à suivre pour les divers dispensateurs de soins consiste probablement à dépister les sujets suspects pour les orienter vers un psychiatre consultant ou vers un psychologue clinicien. Toutefois, on a alors tendance à identifier les sujets qui ont un comportement inquiétant, et non ceux qui sont perturbés, et la corrélation entre les deux n'est pas très nette. Maguire, Julier, Hawton et coll. (1974) signalent le cas suivant : 170 malades hospitalisés ont été interrogés par un psychiatre, qui a estimé que 28 étaient suffisamment atteints pour justifier un traitement psychiatrique; pourtant, 16 seulement de ces 28 sujets avaient été adressés au psychiatre à la suite d'un dépistage. Les auteurs remarquent que "la décision d'orienter un sujet vers un psychiatre semble avoir été fortement influencée

par les ennuis que son comportement avait causé au personnel soignant". "Tous ceux qui n'avaient pas été adressés au psychiatre paraissaient avoir collaboré au traitement; leur comportement était calme et ils avaient été capables de dissimuler leurs problèmes psychiatriques." Au cours d'un exposé au Clarke Institute la semaine passée, le docteur Sartorius a illustré un fait analogue à propos du rôle des psychiatres en tant qu'"éliminateurs des nuisances". Il cite le cas d'un malade originaire de l'Ouganda qui avait eu 15 épisodes de psychose maniaque dépressive, et n'avait été traité que pour un épisode parce que, lorsqu'il était déprimé, il restait assis dans son coin à pleurer et n'ennuyait personne.

En d'autres termes, une méthode de dépistage aussi rudimentaire, bien qu'elle ne soit pas sans mérite, est inacceptable, parce qu'elle est susceptible d'amener à diagnostiquer des faux positifs et des faux négatifs. De plus, ses résultats dépendent étroitement des aptitudes des divers membres du personnel à déceler les affections psychiatriques. Il est évident qu'il faut utiliser une méthode uniforme et exacte pour évaluer l'état mental actuel de tous les alcooliques et toxicomanes qui se présentent pour se faire traiter. Entre autres caractéristiques, cette méthode devra être rapide, fiable, peu coûteuse et applicable à toutes les admissions systématiquement. Naturellement, il est à peine besoin de dire que les interrogatoires psychiatriques de routine ne satisfont pas à ces critères.

Au Clinical Institute de l'Addiction Research Foundation, le service de psychiatrie a évalué une méthode possible de dépistage des troubles mentaux chez les sujets qui se présentaient pour se faire traiter. L'élaboration de questionnaires de dépistage des affections psychiatriques assortis d'entrevues standard a permis d'établir la fréquence de ces affections, dans des centres de désintoxication, sauf à faire appel aux aptitudes des divers thérapeutes. L'attention s'est portée sur le questionnaire de santé générale de Goldberg (GHQ) (1972), instrument simple de dépistage auto-administré. Cet instrument très utilisé en santé communautaire, auprès des malades externes ou recevant des soins primaires, s'est habituellement avéré suffisamment sensible et précis (confronté aux résultats des entrevues psychiatriques) mais n'a pas encore fait ses preuves auprès des malades en cours de désintoxication. Une expérience préliminaire avec le GHP auprès de 200 malades de l'unité d'évaluation du Clinical Institute, a donné des notes plus élevées qu'ailleurs, mais une élévation judicieuse des notes seuils a permis d'établir des distinctions utiles touchant les troubles mentaux. De plus, les résultats du GHQ paraissent être en corrélation très étroite avec les mesures indépendantes de l'anxiété et de la dépression. En un mot, il semble raisonnable d'envisager l'utilisation du GHQ comme outil de dépistage dans cette population.

Toutefois, il semble qu'il soit nécessaire de valider le GHQ dans cette population en particulier avant d'entreprendre le dépistage en toute confiance. Étant donné que la sensibilité (le pourcentage des cas correctement identifiés par un test) et la spécificité (le pourcentage des sujets normaux correctement identifiés en même temps) dépendent du rapport des notes élevées sur les notes faibles dans l'échantillon, il faut étalonner le GHQ d'après un échantillon représentatif de la population pour laquelle il devra être utilisé. Il faudra également ajuster le point de rupture parce que les

valeurs qui étaient suffisantes pour le dépistage des cas en omnipratique ne peuvent pas être utilisées automatiquement en alcoolisme et toxicomanie. Le GHQ, bien qu'il permette le dépistage des affections psychiatriques chez les malades en omnipratique, peut s'avérer être moins utile dans le groupe spécial des alcooliques et des toxicomanes. L'exposition possible et prolongée à des substances nocives amplifierait ou atténuerait à l'excès les symptômes ou les phénomènes saillants et donnerait naissance à des résultats invalides.

Nous avons donc entrepris une étude d'envergure portant sur les malades admis au Clinical Institute, dans laquelle la validité du GHQ sera comparée à celle de l'entrevue clinique du NIMH, récemment élaborée (entretien standardisé, complètement structuré, destiné à recueillir les données cliniques de base qu'un programme d'ordinateur pourra traduire en certains diagnostics du DSM-III). Par ailleurs, le DIS a été mis au point pour être utilisé dans une série d'enquêtes épidémiologiques dans cinq centres étatsuniens. Contrairement au Present State Examination (PSE) clinique de Wing en Angleterre, et au questionnaire pour le dépistage de la schizophrénie et des autres troubles de l'affectivité (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)) élaboré par Spitzer et Endicott aux États-Unis, le DIS a été spécialement conçu à l'intention d'interviewers profanes. Contrairement aux anciens instruments d'enquête épidémiologique utilisés dans les études du Midtown Manhattan, le DIS permet des diagnostics précis au lieu d'évaluer simplement la santé mentale dans son ensemble.

On vérifie la présence de symptômes psychiatriques servant de critères en demandant aux répondants s'ils ont manifesté chacun des symptômes dans leur existence et si chaque symptôme a satisfait au moins l'un des trois critères de gravité suivants : prendre le médicament pour ce symptôme plus d'une fois, parler du symptôme avec un médecin ou un spécialiste, et voir son existence affectée par le symptôme. De plus, l'entretien permet de vérifier si le symptôme s'explique entièrement par l'existence d'une maladie physique ou d'une blessure, ou s'il se manifeste comme complication de l'utilisation de médicaments ou de drogues ou de l'abus d'alcool. Cette question revêt une importance particulière dans notre étude : en effet, il est difficile de distinguer les symptômes d'une dépression clinique des effets pharmacologiques de l'éthanol et d'un opiacé et du sevrage auxquels nous avons fait allusion plus haut.

Contrairement aux échelles de mesure de la dépression et aux instruments autrefois utilisés dans le diagnostic, le DIS facilite cette différenciation en éliminant les symptômes attribués par le malade à l'alcool ou aux drogues. Le questionnaire standard utilisé pour déterminer si les symptômes signalés satisfont aux critères de gravité comprend trois questions pertinentes : "Est-il arrivé que (le symptôme) survienne après l'ingestion de médicaments, de drogues ou d'alcool?" (Le symptôme) a-t-il toujours suivi l'ingestion de médicaments, de drogues ou d'alcool?" "Quand avez-vous éprouvé (le symptôme) pour la dernière fois alors qu'il n'était pas dû à l'ingestion de médicaments, de drogues ou d'alcool?" Si ces questions ne permettront pas d'éliminer les symptômes que le malade n'attribue pas à l'ingestion de drogues ou d'alcool, elles écartent toutefois certaines des difficultés de diagnostic que cette étude visait à éliminer.

Les symptômes sont combinés par ordinateur d'après les critères utilisés pour chacun des trois systèmes de diagnostic : le DSM-III, celui de Feighner et les Research Diagnostic Criteria. Les diagnostics du DSM-III peuvent être posés avec ou sans hiérarchie. Il est important d'utiliser l'ordinateur car il écarte la possibilité que les préjugés de l'interviewer influencent le diagnostic. L'entretien structuré et l'automatisation des algorithmes du diagnostic empêchent d'y introduire des données étrangères. D'après nous, cette validation du GHP est plus rigoureuse que si l'on comparait ses résultats avec ceux d'une entrevue psychiatrique clinique. En plus, le GHQ est moins coûteux et il pourrait rendre des services importants, comme on le verra ci-après.

Si le GHQ s'avérait utile dans cette population, nous recommanderions son utilisation courante dans les programmes de désintoxication comme première étape dans le dépistage (et peut-être aussi dans le traitement) des troubles mentaux. D'après le schéma de Caplan (1964), il pourrait s'agir ici de prévention secondaire ou tertiaire, selon les antécédents mentaux du sujet. Nous pourrions soit déceler les troubles à un stade précoce et tenter de les empêcher de s'installer, soit viser à limiter les séquelles de la maladie, dans la mesure du possible, et à réadapter le malade tout en évitant une rechute. La prévention primaire, qui vise à éliminer les causes (faire en sorte qu'un cas identifiable ne fasse son apparition parmi les sujets à risque) dépasse naturellement les capacités de notre méthode.

Étant donné que le GHQ ou un autre dispositif de dépistage analogue tel que la liste des symptômes de Hopkins ne s'avérera pas totalement exact, nous comptons donc les inclure dans un ensemble de méthodes d'évaluation qui pourraient finalement conduire à un traitement psychiatrique. À la suite de l'identification des cas positifs probables avec le GHQ, on pourrait ensuite utiliser la combinaison DIS-DSM-III. Finalement, les cas ayant fait l'objet d'un diagnostic positif à ce second palier seraient probablement adressés à un psychiatre clinicien expérimenté, non seulement pour qu'il confirme ou rejette le diagnostic, mais pour qu'il donne une opinion bien informée sur l'opportunité et les modalités possibles du traitement. On suppose que les deux paliers de dépistage précédents faciliteront beaucoup le travail du psychiatre et qu'ils garantiront qu'on n'abusera pas de ses services.

Pour terminer, il convient peut-être de mentionner que l'utilisation de cette méthode d'évaluation des malades présuppose qu'on établit la distinction entre l'évaluation et le traitement. L'évaluation doit avoir lieu avant le traitement, et le traitement doit dépendre des résultats de l'évaluation. Or, ce n'est pas le cas d'une grande partie, ou peut-être de la plupart des programmes de traitement actuellement en cours dans ce domaine. Il est à espérer que l'élaboration et la validation attentive des instruments d'évaluation, décrite ici, contribueront à la pertinence de cette distinction.

Références

Blatt, S.J., Quinlan, D.M., Chevron, E.S., et al. Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. Journal Consult Clinical Psychology, 1982, 50. 113-124.

Caplan, G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.

Fowler, R.C., Liskow, B.L., Tanna, V.L., et al. Phychiatric illness and alcoholism. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1977, 1, 125-128.

Freeman, S.J., Formo, A., Alampur, A.G., et al. Psychiatric disorder in a skid-row mission population. Compr. Psychiatry, 1979, 20, 454-462.

Goldberg, D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.

Halikas, J.A., Herzog, M.A., Mirassou, M.M., et al. Psychiatric diagnosis among female alcoholics. Curr. Alcohol, 1981, 8, 283-291.

Hesselbrock, M.N., Hesselbrock, V.M., Tennen, H., et al. Methodological considerations in the assessment of depression in alcoholics. Journal Consult Clinical Psychology, 1983 51, 399-405.

Keeler, M.H., Taylor, C.I., Miller, W.C. Are all recently detoxified alcoholics depressed? American Journal of Psychiatry, 1979, 136, 586-588.

Maguire, G.P., Julier, D.L., Hawton, K.E., et al. Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. British Medical Journal. 1974, 1, 268-270.

Ottenberg, D.J. Clinical and programmatic perspective, in E. Gottheil, A.T. McLellan, and K.A. Druley, eds., Substance abuse and psychiatric illness. Proceedings of the Second Annual Coatsville-Jefferson Conference on Addiction, 1978. Edited by New York: Pergamon Press, 1980.

Powell, B.J., Penick, E.C., Othmer, E., et al. Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. Journal of Clinical Psychiatry, 1982, 43, 404-407.

Robins, E., Gentry, K.A., Munoz, R.A. et al. A contrast of the three more common illnesses with the ten less common in a study and 18-month follow-up of 314 psychiatric emergency room patients. II. Characteristics of patients with the three more common illnesses. Archives of General Psychiatry, 1977, 34, 269-281.

Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Kleber, H., et al. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Archives of General Psychiatry, 1982, 39, 161-166.

Rund, D.A., Summers, W. K., Levin, M. Alcohol use and psychiatric illness in emergency patients. Journal of the American Medical Association, 1981, 245, 1240-1241.

Schuckit, M.A. Treatment of alcoholism in office and outpatient settings. In J.H. Mendelson, and N.K. Mell, eds., The diagnosis and treatment of alcoholism. New York : McGraw-Hill, 1979.

Tyndel, M. Psychiatric study of one thousand alcoholic patients. Canadian Psychiatric Association Journal, 1974, 19, 21-24.

Weissman, M.M., Myers, J.K., Harding, P.S. Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community. Journal of studies of Alcohol, 1980, 41, 672-681.

LA QUESTION DES CADRES DE RÉFÉRENCE DANS L'ÉTABLISSEMENT DE PRIORITÉS - L'APPORT DES SCIENCES SOCIOLOGIQUE ET ANTHROPOLOGIQUE

ELLEN CORIN, Ph.D.
Unité de recherche psychosociale
Centre hospitalier Douglas
Montréal

RÉSUMÉ

Les perspectives anthropologique et sociologique permettent de préciser et d'élargir notre compréhension de la manière dont les phénomènes sociaux et culturels influencent les problèmes psychiatriques, leur évolution et leur prise en charge. En amenant plus particulièrement chercheurs et intervenants à sortir des limites de leur propre cadre de référence, la perspective anthropologique peut apporter une contribution spécifique à l'établissement des priorités en amenant à s'interroger autant sur les perspectives à la base de nos interventions que sur les domaines à privilégier.

L'intérêt concret de cette démarche est illustré dans deux domaines différents. Le premier concerne les mécanismes qui interviennent entre un besoin problème et sa traduction en un besoin d'intervention. Cela amène à s'interroger sur la place que les personnes reconnaissent aux intervenants professionnels dans la solution de leurs problèmes et sur le fonctionnement et les limites des systèmes de référence et de support dans des milieux particuliers.

Le second domaine est celui des interventions elles-mêmes. Une plus grande attention aux mécanismes sociaux et culturels impliqués dans les problèmes de santé mentale peut orienter la planification des interventions dans un contexte communautaire en nous amenant à adopter une position plus systématique et à tenir compte de la place que les personnes et les groupes attribuent à différents types de ressources dans leurs propres démarches. Cette perspective peut aussi contribuer à l'élaboration d'interventions qui tiennent davantage compte de la dynamique personnelle et sociale des patients, ainsi que de celle de leur milieu. Elle peut aussi guider une évaluation des modes de fonctionnement concret des différents programmes.

La question des priorités ne se pose pas seulement au niveau du choix des domaines dans lesquels intervenir; elle concerne aussi les perspectives d'intervention que l'on veut privilégier. C'est sur ce second point que je vais me centrer ici, en examinant la manière dont les perspectives sociologique et anthropologique peuvent nous aider à contextualiser d'une manière nouvelle la question des services de santé mentale.

D'autres exposés ont attiré l'attention sur l'intérêt que présentent les recherches épidémiologiques pour la planification des services. Elles permettent en effet de délimiter un certain nombre de populations cibles et d'élaborer des programmes qui visent directement ces populations plus fragiles; elles constituent à ce titre un outil important pour la planification. L'apport des autres sciences sociales à la planification des services psychiatriques est moins souvent souligné, même si cet apport s'avère en fait complémentaire à celui de l'épidémiologie qui demeure limité au niveau de son approche des processus sociaux et culturels liés aux problèmes de santé. Ces limites sont principalement de trois ordres :

a) une limite dans l'approche des phénomènes sociaux et culturels. Dans les études épidémiologiques actuelles, l'approche du social se traduit le plus souvent par la prise en considération de variables sociales telles que la profession, le niveau socio-économique, le sexe et l'éducation; de la même manière, la culture est généralement réduite à des habitudes de vie aisément repérables et quantifiables. L'intérêt que manifestaient les premières études en épidémiologie psychiatrique pour une approche plus globale du contexte socioculturel (si l'on se réfère par exemple aux études menées dans une perspective d'écologie urbaine ou à celles qui se sont développées autour du concept de désintégration sociale), a en effet par la suite été placé en veilleuse. L'accent a presque exclusivement été placé sur l'amélioration des instruments qui permettent de mesurer les problèmes de santé mentale et les symptômes psychiatriques, ce qui s'avérait par ailleurs crucial, mais aux dépens d'une réflexion théorique et méthodologique sur notre approche du contexte social et culturel;

b) un problème lié à l'interprétation des données recueillies par le biais de l'épidémiologie. En effet, on a facilement tendance à interpréter dans un sens causal unidirectionnel, et donc trop simple, des relations observées entre deux catégories de variables; par ailleurs, une corrélation n'indique pas en elle-même quels sont les processus qui sont sous-jacents aux relations observées (Gould, 1983);

c) une difficulté au niveau de l'utilisation que l'on fait des données dans la planification, suite à une confusion entre un besoin problème et la traduction de ce dernier en un besoin d'intervention; je vais y revenir.

Je voudrais suggérer ici que les perspectives développées plus particulièrement en sociologie et en anthropologie médicales permettent d'approfondir notre compréhension des processus social et culturel impliqués dans les problèmes de santé et d'élaborer des formes d'intervention différentes. De la sociologie, je retiens ici surtout le concept de réseau social, qui permet de comprendre comment opère l'influence des facteurs macrosociaux sur les individus et la façon dont ces derniers réagissent à leur action (Hammer, 1981). La notion de réseau social permet aussi de développer une approche réellement sociale des systèmes de support naturel auxquels les études épidémiologiques accordent actuellement plus de place, mais en les transformant à nouveau en une variable simple.

De l'approche anthropologique, je retiens surtout deux traits principaux : la nécessité de toujours resituer un comportement, une attitude ou une croyance dans son contexte pour en comprendre le sens, et l'importance de pouvoir se décentrer par rapport à son propre système de référence, afin de chercher à comprendre comment les choses s'organisent "du point de vue de l'autre" groupe étudié.

Pour faire ressortir l'apport de ces deux perspectives à la planification de services de santé, je vais me placer sous deux angles différents. Le premier considère la notion de besoin et son rapport à l'intervention; le second concerne plus spécifiquement les modalités de l'intervention.

Du besoin à l'intervention

On peut considérer que le processus qui conduit à la redéfinition d'un problème de départ en un problème qui relève des services psychiatriques opère suivant plusieurs étapes :

a) le problème de départ doit être suffisamment sérieux pour apparaître comme important à la personne ou à son entourage;

b) le problème doit être défini comme un problème requérant une aide extérieure;

c) cette aide doit être définie comme une aide relevant de services spécialisés;

d) le problème doit pouvoir tomber dans la gamme de ceux que peuvent résoudre les services en fonction des moyens dont ils disposent.

Ce qui apparaît comme un processus continu est en fait potentiellement discontinu, en ce que les trois premières étapes et la dernière relèvent de logiques différentes. Dans le cas de l'alcoolisme par exemple, il est reconnu que très souvent, un problème d'alcoolisme n'est pas identifié comme tel, sauf s'il s'accompagne de manifestations comportementales ou de difficultés relationnelles importantes; même dans ce cas, le problème n'est souvent pas perçu comme relevant de services médicaux ou psychiatriques; des efforts d'approche émanant de ces derniers peuvent être complètement en porte à faux par rapport à la population ou même avoir des effets négatifs inattendus. Enfin, dans le cas de communautés autochtones par exemple, des chercheurs proches de certains groupes indiens m'ont souligné qu'il est souvent difficile à un observateur extérieur d'effectuer un partage entre des comportements collectifs culturellement associés à des fêtes ou à des rituels, des comportements individuels déviants et les manifestations chroniques d'un état d'anomie sociale.

La dualité des systèmes de représentation populaire et professionnel a souvent été reconnue par les organisateurs de services ou les intervenants. Dans le concret cependant, cette constatation sert le plus souvent à fonder

des stratégies d'intervention qui se donnent comme objectif de réduire les différences par des campagnes d'information ou d'éducation populaire. Good et Delvecchio-Good (1981) ont noté que dans cette optique, les systèmes de représentation culturels sont souvent interprétés par les professionnels, comme une "distorsion" qu'il s'agit de réduire ou de reformuler. Dans la mesure où tant les types d'arguments employés que les médias utilisés dans de telles campagnes d'information sont empruntés à l'univers des intervenants professionnels, on peut douter de leur capacité à rejoindre les populations visées et à produire les changements désirés.

Si l'on revient à la première des étapes mentionnées plus haut, celle qui concerne la reconnaissance du sérieux ou de l'importance des problèmes par les personnes elles-mêmes, il faut signaler la démarche originale adoptée par l'équipe travaillant sous la direction des docteurs H.B.M. Murphy et Viviane Kovess dans notre unité de recherche, pour leur élaboration d'indicateurs de santé physique et mentale. Ils ont en effet cherché à préciser l'impact perçu des problèmes de santé en examinant leurs répercussions sur le fonctionnement de rôle, telles que ces répercussions sont désignées et qualifiées par la personne et les membres de son entourage. Une de leurs hypothèses est que plus un problème est perçu comme interférant avec la vie quotidienne, plus il risque d'entraîner des démarches de recherches d'aide.

Les recherches anthropologiques et sociologiques qui ont porté sur les deux étapes suivantes du processus, soit l'amorce des démarches de recherche d'aide et la sélection de ressources particulières, ont montré qu'elles sont directement liées à deux catégories de variables :

- des variables cognitives, symboliques et expérientielles qui contribuent à la formation des "modèles explicatifs" décrits par Kleinman (1982), un psychiatre anthropologue. Ces modèles confèrent un sens à l'expérience et orientent les comportements posés en réponse au problème. Kleinman a montré que les modèles explicatifs d'un individu représentent une particularisation de ceux de son entourage familial, qui représentent eux-mêmes une version particulière de ceux que l'on trouve dans la société ou le groupe social. Cela a une double implication : d'une part, on ne peut comprendre les systèmes d'interprétation d'un individu sans les resituer dans le cadre des attitudes, croyances et valeurs de son groupe social; d'autre part, ces dernières ne suffisent pas pour prédire avec certitude les attitudes et comportements de personnes individuelles;

- des variables contextuelles d'ordre social et culturel : ici, la structure du groupe social permet de prédire la mesure dans laquelle le milieu comporte ce que Freidson (1961) appelle un "lay referral system"; d'autre part, les valeurs culturelles prévalant dans ce groupe influencent le type de réponse que les membres du système de référence apportent au problème et, notamment, la probabilité qu'ils réfèrent la personne à des services professionnels spécialisés.

On pourrait sans doute y ajouter une troisième catégorie de variables, qui est la structure du réseau social de la personne (McKinlay, 1973; Laumann, 1974; Hirsch, 1979; Granovetter, 1982).

Une meilleure compréhension du fonctionnement et des limites des systèmes de référence que l'on trouve présents dans un milieu particulier me paraît importante sous plusieurs aspects, pour un processus de planification :

- elle permet de mieux délimiter quel est le seuil des problèmes que la communauté peut ou veut prendre directement en charge;
- elle permet d'élaborer des modèles de collaboration entre les intervenants professionnels et les ressources du milieu investies d'une fonction de consultants ou d'aidants par la population elle-même;
- elle amène à compléter nos modèles d'intervention par des modèles de consultation visant à soutenir et à renforcer l'action des ressources locales.

Un des points essentiels à noter ici est que s'il existe une différence entre l'ensemble des problèmes que l'on peut repérer par une enquête de population et ceux qui relèvent d'une intervention psychiatrique, cette différence n'est pas uniquement tracée par les professionnels en fonction de la compétence qu'ils se reconnaissent; elle est aussi marquée par la population et la compétence qu'elle nous reconnaît face à ces mêmes problèmes. Il est important que nous comprenions davantage quelle place les gens eux-mêmes nous attribuent par rapport à la résolution de leurs problèmes.

Si l'intérêt de la démarche décrite ici est théoriquement reconnu et si les discours politiques mettent actuellement l'accent sur une collaboration avec les ressources du milieu, peu de recherches permettent de fonder cette approche sur des données empiriques précises et de l'adapter à des dynamiques sociales et culturelles particulières. Mon impression est que planificateurs et intervenants ne disposent pas des outils méthodologiques et conceptuels qui leur permettraient de sortir de la logique qui leur est propre et d'ouvrir ainsi leurs stratégies d'intervention.

La logique des interventions

Cette décentration des points de vue que permet un recours plus large aux sciences sociales peut aussi opérer à un autre niveau, celui des interventions elles-mêmes. Elle conduit à s'interroger sur la pertinence de l'orientation de certaines interventions par rapport aux populations ou clientèles visées. Je vais en donner ici trois exemples différents.

Le premier concerne la planification des interventions à effectuer dans un contexte communautaire. Je voudrais aborder ici deux points particuliers. Le premier concerne la difficulté que nous avons à adopter une perspective systémique dans nos stratégies de prévention ou dans des interventions de crise qui viseraient le contexte du problème autant que ses manifestations les plus immédiates.

Si l'on prend par exemple le cas des enfants maltraités, des recherches récentes, résumées par Bouchard (1983), ont montré que la violence exercée à l'égard des enfants résulte d'une série de facteurs qui concernent la dynamique familiale elle-même, les liens qui existent entre la famille et son envi-

ronnement, et de facteurs plus larges qui impliquent l'organisation de la société et les valeurs et les normes y prévalent. Cette compréhension écologique ou systémique des problèmes n'est cependant pas retransposée sur le plan des interventions, qui demeurent centrées sur la famille et la rééducation ou la thérapie des parents. Ici, ce qui est en cause est moins une absence de recherches de base que la capacité d'assurer le lien entre la recherche et l'action.

Dans la majorité des problèmes de type psychiatrique cependant, on ne dispose même pas de recherches de base qui permettraient d'articuler les données déjà disponibles sur la dynamique familiale, celles qui concernent la structure et les caractéristiques interactionnelles des réseaux sociaux, et les caractéristiques plus générales de certains milieux de vie. Deux lacunes apparaissent ici : une difficulté à opérationnaliser l'approche de ces différents niveaux du social, et un manque de schéma conceptuel permettant de relier entre eux ces différents niveaux du social.

Le second point que je voudrais mentionner dans le champ des approches communautaires concerne une ligne d'intervention actuellement populaire parmi les intervenants en santé mentale : la mobilisation des systèmes de support naturel. Des recherches effectuées auprès de personnes âgées au Québec (Corin et al., 1983) ont montré qu'il peut être inadéquat de penser ici en termes trop globaux. En effet, si l'on compare milieux urbains et ruraux, ou favorisés et défavorisés par exemple, on observe des différences au niveau de la place que les personnes âgées de ces milieux accordent aux différentes ressources dans leurs stratégies de recherche d'aide. Ainsi, l'importance accordée sur les plans affectif et instrumental au conjoint, à la famille proche, à la parenté ou aux voisins ne sont pas seulement le reflet de la disponibilité des personnes dans le milieu proche; elles renvoient aussi à des normes et à des valeurs qui diffèrent d'un milieu à l'autre et à un partage différent entre les domaines du public et du privé. Très peu de recherches se sont adressées à cette question qui m'apparaît cependant importante à un moment où l'idée d'un travail avec le milieu est en train d'acquérir une portée normative au niveau des discours.

Le second exemple que je veux prendre est celui des interventions auprès de patients psychotiques chroniques. Des recherches effectuées au cours de ces dernières années ont montré que, dans leur cas, "le plus" d'intervention n'est pas nécessairement "le mieux", (Linn et al., 1979; Schooler et Spohn, 1982) et qu'il faut pouvoir respecter ce que l'on pourrait appeler une distance sociale optimale, fonction du degré de tolérance de ces personnes par rapport aux contacts sociaux (Jilek, 1968; Murphy et al., 1976). Sur la base de cette constatation, on a plutôt tendance actuellement à mettre l'accent sur des programmes centrés sur l'acquisition d'habiletés concrètes. Cependant, certaines recherches à caractère plus anthropologique suggèrent que le type d'environnement social de ces patients et ce que l'on pourrait appeler leurs "stratégies sociales d'existence" présentent certaines particularités sur lesquelles on pourrait prendre appui pour organiser nos interventions (Garrison, 1978; Beels, 1981; Estroff, 1981).

De la même façon, un nombre impressionnant de travaux soulignent l'échec relatif des programmes de désinstitutionnalisation, et citent parmi les facteurs responsables la difficulté qu'ont les patients à retrouver une place dans la société. On dispose cependant de peu de données permettant de documenter la manière dont s'opère la réinsertion sociale; on connaît mal la dynamique relationnelle impliquée dans cette réinsertion, de même que les facteurs de contexte qui l'influencent positivement et négativement. Les études de Brown et al. (1972) vont dans ce sens mais demeurent limitées à un aspect très spécifique du champ relationnel.

De telles études demandent à nouveau que l'on puisse opérer un mouvement de décentration par rapport à notre perception des patients, pour chercher à voir ce qui s'organise de leur point de vue et de celui de leur entourage.

Enfin, et je vais terminer par ce troisième exemple, on pourrait appliquer une perspective similaire dans le champ de l'évaluation des services psychiatriques.

De plus en plus, on se rend compte qu'il ne suffit pas de mesurer les effets (outcome) d'un programme et de les comparer aux objectifs poursuivis. D'une part, il faut s'interroger sur la place qu'occupent ces programmes par rapport aux différentes catégories de patients qui relèvent des services psychiatriques et vérifier la mesure dans laquelle ils laissent systématiquement à l'écart de larges pans de la population des patients psychiatriques; c'est là un des objectifs de l'évaluation systémique prônée par Bachrach (1982).

D'autre part, il apparaît aussi important d'examiner la manière dont se fait l'implantation concrète des programmes et la façon dont ils fonctionnent effectivement, que de mesurer leurs résultats, qui risquent sans cela de demeurer difficilement interprétables. Cette étude de l'implantation des programmes gagnerait à faire appel à certaines techniques d'observation et d'entrevue anthropologiques et sociologiques. Les travaux réalisés il y a quelques années par le docteur H.B.M. Murphy (Murphy et al., 1972; 1976) sur les familles d'accueil (foster homes) illustrent l'intérêt d'une telle perspective.

Vers un apport des perspectives sociale et culturelle

Mon propos ici n'était pas de suggérer une nouvelle approche miracle des problèmes psychiatriques et des services de santé mentale. Au moment d'une rencontre comme celle-ci, qui indique la volonté de prendre une distance par rapport à ce qui existe et de s'interroger sur les priorités qu'il convient d'établir, j'ai simplement voulu suggérer qu'il pourrait être utile, ou important, d'en profiter pour effectuer un mouvement de décentration par rapport à notre manière professionnelle de concevoir ces questions.

Le docteur Leighton (1982) a souligné récemment le caractère cyclique des orientations sociales en psychiatrie, où semblent se succéder des vagues d'attentes et de désenchantement, et a émis plusieurs hypothèses sur les raisons de ces échecs répétés.

J'en retiens personnellement deux éléments : la nécessité de préciser et de complexifier notre approche des phénomènes sociaux et culturels, dont l'étude requiert autant de sophistication conceptuelle et méthodologique que celle des problèmes psychiatriques; l'importance aussi de nous interroger sur les processus spécifiques qui relient les réalités sociales et culturelles aux problèmes psychiatriques, à leur origine, à leur évolution et à leur prise en charge.

Au niveau des stratégies de recherche, il faudrait sans doute penser à apparier beaucoup plus souvent des recherches extensives, qui permettent d'avoir une vision générale des problèmes, à des recherches plus intensives qui visent à faire ressortir les processus sous-jacents aux données recueillies et nous permettent d'y ajuster les interventions.

Références

Bachrach, L.L., 1982, Assessment of Outcomes in Community Support Systems: Results, Problems and Limitations. Schizophrenia Bulletin, 8, 1: 39-60.

Beels, C.C., 1981, Social Support and Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 7, 1: 58-72.

Bouchard, C., 1983, L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants. Enfant et famille, Numéro spécial de la revue Santé mentale au Québec, 8, 2: 140-146.

Brown, G.W., Birley, J.T.L. et Wing, J.K., 1972, Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: a Replication. British Journal of Psychiatry, 121: 241-258.

Corin, E., Sherif, T. et Bergeron, L., 1983, Le fonctionnement des systèmes de support naturel des personnes âgées, Laboratoire de gérontologie sociale, Faculté des sciences sociales, Université Laval, miméo 306 pp.

Estroff, S.E., 1981, Making It Crazy. An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community. Berkeley: University of California Press.

Freidson, E., 1961, Patient's View of Medical Practice. New York: Russel Sage Foundation.

Garrison, V., 1978, Support Systems of Schizophrenic and Non-Schizophrenic Puerto Rican Migrant Women in New York City. Schizophrenia Bulletin, 4, 4: 561-596.

Good, B.Y. et Delvecchio-Good, M.J., 1980, The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: L. Eisenberg et A. Kleinman (eds). The Relevance of Social Science for Medicine, Reidel Publishing Company: 165-196.

Gould, 1983, The Mismeasure of Man, New York: Bantam.

Granovetter, M., 1982, The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. In: P.V. Mardsen et N. Linn (eds). Social Structure and Network Analysis. Beverly Hills, Sage Publications: 105-130.

Hammer, M., 1981, Social Supports, Social Networks, and Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 7, 1: 45-47.

Hirsch, B., 1979, Psychological Dimensions of Social Networks: A Multimethod Analysis. American Journal of Community Psychology, 7: 263-277.

Jilek, W.G., 1968, The Residual Dimension. A Study of Residual Syndromes in Veterans with Chronic Psychiatric Illness. 1. Psychiatria Clinica, 1: 175-218.

Kovess, V., Murphy, H.B.M., Tousignant, M. et Fournier, L., 1982, Les indicateurs de santé mentale. Texte miméo.

Kleinman, A., 1980, Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press.

Laumann, E.O., 1974, Bonds of Pluralism: The Form and Substance of Urban Social Networks. New York: John Wiley and Sons.

Leighton, A.H., 1982, Caring for Mentally Ill People. Psychological and Social Barriers in Historical Context. New York: Cambridge University Press, 1982.

Linn, M.W., Caffey, E.M., Klett, C.J., Hogarty, G.E. et Lamb, H.R., 1979, Day Treatment and Psychotropic Drugs in the Aftercare of Schizophrenic Patients. Archives of General Psychiatry, 36: 1055-1066.

McKinlay, J.B., 1973, Social Networks, Lay Consultation and Help-Seeking Behavior. Social Forces, 51: 275-292.

Murphy, H.B.M., Engelsmann, F. et Tcheng-Laroche, F., 1976, The Influence of Foster-Home Care on Psychiatric Patients. Archives of General Psychiatry, 33: 179-183.

Murphy, H.B.M., Pennee, B. et Luchins, D., 1972, Foster Homes: New Back Wards? Canada's Mental Health Supplement, No. 71: 1-17.

Schooler, C. et Spohn, H.E., 1982, Social Dysfunction and Treatment Failure in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 8, 1: 85-98.

LE RÔLE DE LA RECHERCHE DANS L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES

STANLEY J.J. FREEMAN
Clarke Institute of Psychiatry

RÉSUMÉ

Puisqu'on peut rarement établir un ordre de priorité de la manière idéale, il faut saisir toutes les occasions d'élaborer des programmes de santé mentale et intégrer ces derniers, au fur et à mesure de leur apparition, à un plan rationnel à long terme (le principe de l'opportunisme axé sur un but). Le nombre des programmes possibles augmente lorsqu'il y a un flot continu de recherches, comme le montrent les recherches sur le stress qui ont mené à la création de programmes d'aide aux populations à risque, notamment les veuves, les cancéreux, les amputés, la famille des suicidés, les étudiants de niveau universitaire et certains groupes professionnels. Une enquête sur l'adaptation sociale d'anciens patients psychiatriques ainsi que sur les programmes qui en ont découlé, illustre l'approche idéale.

Dans le monde du hockey, on dit qu'à moins d'avoir une très bonne raison de faire une passe, on devrait lancer la rondelle en direction du filet chaque fois qu'on en a l'occasion. Cette règle vient de ce qu'on s'est aperçu que, pour une raison ou pour une autre, un nombre remarquable de rondelles finissent par entrer dans le filet si l'on persiste à lancer dans cette direction. De même, nous prétendons que, si nous mesurons la production des créateurs de programmes de santé au nombre de nouveaux projets mis en oeuvre, il est probable que les organismes qui sont toujours en train d'effectuer des recherches quelconques auront plus de programmes à leur actif que ceux qui insistent pour déterminer d'abord des besoins et établir un ordre de priorité. Bref, les nouveaux programmes sont issus d'un nombre étonnant de sujets de recherche et d'une variété surprenante de types de recherche.

Bien sûr, l'idéal serait d'appliquer les connaissances puisées dans la littérature spécialisée à l'étude des besoins et des ressources de sa collectivité, puis d'y aller d'une intervention bien calculée. Beaucoup d'études procèdent de la nécessité d'évaluer un programme existant, parce que tout à coup des fonds sont disponibles ou parce qu'un sujet est à la mode ou politiquement rentable. Parfois, un projet de recherche est choisi simplement parce que les chercheurs ont facilement accès à la base de sondage, parce que le problème présente un défi ou, parfois, comme dans le cas d'au moins deux de nos études, parce qu'il faut trouver un sujet de thèse de doctorat. Nous reconnaîtrons volontiers que ce n'est pas comme cela qu'on nous a enseigné à faire de la recherche ou, d'ailleurs, du développement communautaire, mais si nous devions administrer le budget en santé mentale communautaire, nous nous empresserions de nous assurer que la plupart des groupes à même d'élaborer des programmes sont également en mesure d'effectuer une gamme très étendue d'enquêtes. Nous soutenons que, au moment du bilan

final, ce sont ces groupes qui auront réalisé le nombre le plus élevé de projets utiles. Nous aimerions, dans le reste de ce mémoire, illustrer et, nous l'espérons, justifier le principe plutôt flou que nous venons d'énoncer. Cependant, nous terminerons sur un exemple qui se rapproche de la situation "idéale" dont nous avons parlé plus haut tout simplement pour montrer qu'il s'agit là réellement de la meilleure façon de procéder.

Notre premier exemple n'est pas une enquête, mais bien la sorte d'organisme qui a le mandat et les moyens d'élaborer des programmes et d'effectuer des recherches, à savoir la section de psychiatrie sociale et communautaire du Clarke Institute of Psychiatry. Ce groupe unique doit son existence à la perspicacité du docteur R.C.A. Hunter qui dirigeait l'Institut en 1972, année de la création de la section, et à ses successeurs qui ont jugé bon d'en assurer la survie. Le professeur Hunter a compris qu'il était important de constituer une équipe de spécialistes de diverses disciplines et de leur accorder du temps pour mener des recherches, enseigner, créer des programmes et, en fait, entreprendre tout projet pouvant être considéré comme du domaine de la psychiatrie sociale ou communautaire. Cette formule s'est avérée très efficace, en ce sens qu'elle a permis l'élaboration de cours de formation, de rapports de recherche et de nouveaux programmes de santé mentale. L'équipe s'est surtout intéressée à la prévention des troubles mentaux. Vu cette orientation, le groupe devait inévitablement en arriver à se poser la question suivante : "La prévention primaire est-elle possible dans le domaine de la santé mentale?" Pour pouvoir répondre à cette question, l'équipe a étudié plusieurs populations qui avaient subi une forme quelconque de stress psychosocial. Elle supposait que, si l'on pouvait procéder à une identification précoce des populations exposées, on pourrait intervenir d'une façon quelconque pour empêcher que le stress n'ait des conséquences néfastes sur la santé de ces populations. Notre section s'est intéressée également aux services de prévention secondaire et tertiaire. Nous nous sommes en effet efforcés de combler les lacunes existantes en matière de services offerts, à Toronto et dans d'autres régions de l'Ontario, aux personnes souffrant de troubles mentaux et affectifs.

Lorsque nous nous sommes penchés sur les populations qui avaient vécu diverses situations très stressantes, nous voulions trouver la réponse à quelques-unes des questions suivantes : peut-on prouver que ces événements stressants provoquent ou hâtent l'apparition d'un sentiment de détresse, de symptômes physiques ou d'états morbides? Quels sont les facteurs qui accroissent les risques de réagir au stress par la mésadaptation? Quels facteurs physiques, psychologiques ou sociaux protègent contre les effets indésirables des agents stressants? Quels types d'interventions pourraient empêcher les agents stressants d'avoir des conséquences néfastes à la santé?

Le premier groupe que nous avons étudié se composait de 162 veuves choisies à partir des listes de sept hôpitaux torontois où les maris étaient décédés (Sheldon, Cochrane, Vachon, Lyall, Rogers et Freeman, 1981; Vachon, Lyall, Rogers, Freedman et Freeman, 1980; Vachon, Rogers, Lyall, Lancee, Sheldon et Freeman, 1982; et Vachon, Sheldon, Lancee, Lyall, Rogers et Freeman, 1982). Ces femmes ont reçu un questionnaire un mois, six mois,

un an puis deux ans après le décès de leur mari. De plus, un sous-échantillon de 68 veuves ont été contactées par d'autres veuves qui avaient surmonté les difficultés inhérentes au deuil et voulaient aider d'autres veuves de toutes les façons possibles. Soulignons que ces intervenantes avaient reçu une formation spéciale.

La figure 1 montre les trois types de réactions de nos sujets à la perte de leur mari. La courbe du milieu représente le déroulement habituel de la période de deuil, c'est-à-dire que le score au GHQ* (notre indicateur de détresse) était élevé au début pour ensuite diminuer et devenir très faible au bout de deux ans. La courbe supérieure représente les sujets qui avaient un score élevé au début et qui étaient encore très bouleversés au bout de deux ans. La courbe inférieure représente un groupe intéressant de femmes qui n'ont jamais manifesté les signes de détresse mesurés par le questionnaire. La figure 2 révèle la forte influence exercée par le soutien social sur la réaction à l'agent stressant en question. Lors de recherches ultérieures, nous devions constater maintes et maintes fois, à l'instar de beaucoup d'autres chercheurs, le pouvoir protecteur du soutien social; ce facteur explique probablement en grande partie les résultats présentés à la figure 3. Ces résultats montrent que les sujets de notre sous-échantillon ont vu leur tumulte intérieur s'apaiser ("adaptation intérieure") plus tôt que le groupe témoin. Ils ont recommencé à avoir des contacts avec les autres et à jouer leur rôle social habituel ("adaptation extérieure") plus tôt que le groupe témoin et ont obtenu un score "normal" avant que ce dernier n'atteigne un tel degré d'adaptation. Donc, ce plan de recherche expérimental a prouvé que l'appui d'une veuve par une autre veuve était une méthode efficace.

* General Health Questionnaire

FIGURE 1

Trois types de réactions au deuil
Scores obtenus par des veuves sur une période de deux ans

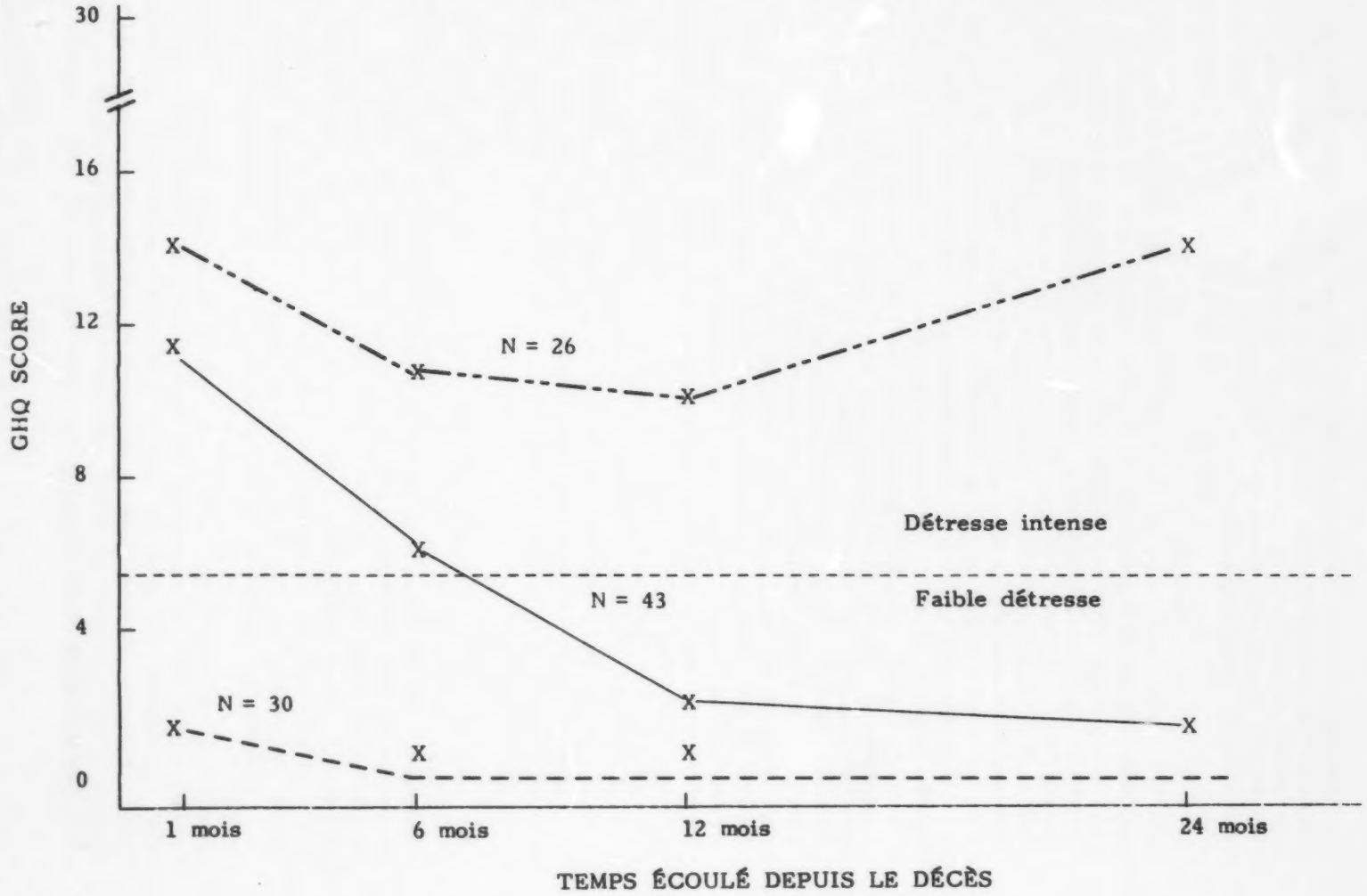


FIGURE 2

Études des réactions au deuil : manque de soutien social et probabilité d'une détresse intense deux ans après le décès

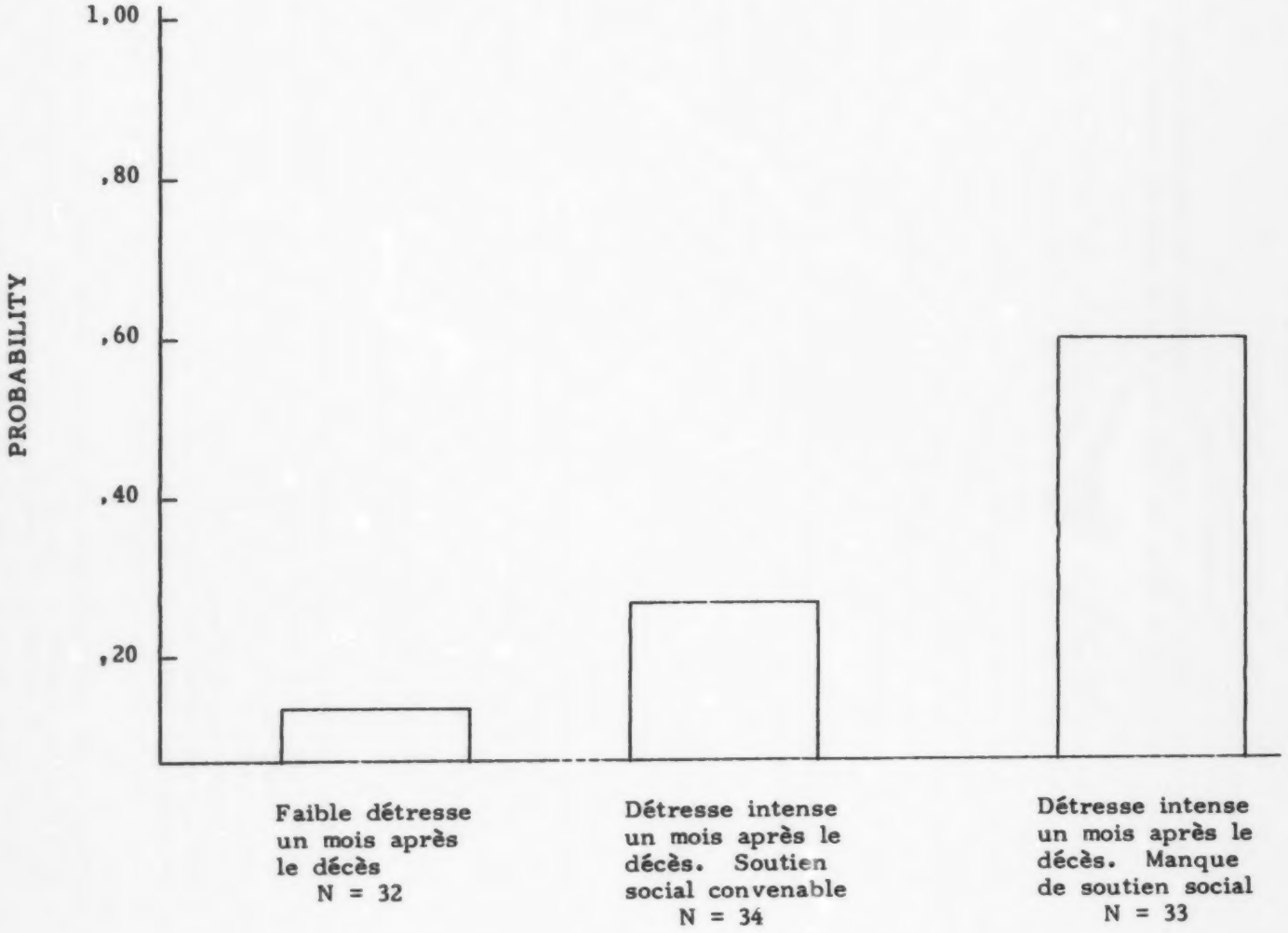


FIGURE 3

Différences entre les veuves du sous-échantillon et celles du groupe témoin sur le plan de l'adaptation

(** SIGNIFIE QUE LE SOUS-ÉCHANTILLON SE PORTAIT BEAUCOUP MIEUX QUE LE GROUPE TÉMOIN)

	6 Mois	12 Mois	24 Mois
Adaptation intérieure	**	---	---
Adaptation extérieure	---	**	---
Score au GHQ	---	---	**

En résumé, nous avions une équipe de veuves-intervenantes bien formées, un programme d'une efficacité éprouvée et de bonnes relations avec le personnel de beaucoup d'hôpitaux. Il a donc été relativement facile de construire sur ces bases et de poursuivre le travail pour offrir un service à la ville de Toronto. L'organisme responsable s'appelle Community Contacts for the Widowed; il possède son propre comité de direction et gère ses propres fonds (Rogers, Vachon, Lyall, Sheldon et Freeman, 1980). Ce modèle a été imité par plus de 25 collectivités du Canada et des États-Unis.

Chez un autre groupe de femmes, nous avons étudié l'impact du cancer du sein; nous nous sommes penchés en particulier sur le stress associé à deux types de milieux thérapeutiques vers lesquels ces femmes avaient été orientées pour subir une radiothérapie postchirurgicale (Vachon, Lyall, Rogers, Cochrane et Freeman, 1981-1982). L'un de ces milieux thérapeutiques était un centre résidentiel de traitement dont le personnel était très conscient de la nécessité de maintenir la communication avec les malades, de répondre à leurs questions en leur fournissant autant d'informations qu'elles voulaient réellement en recevoir et de les encourager à s'entraider. L'autre milieu thérapeutique était un service de consultations externes typique, où les malades recevaient leur traitement sur rendez-vous et où le personnel et les autres victimes du cancer du sein avaient peu l'occasion d'offrir un type quelconque de soutien psychosocial à ces femmes. Cette étude a amené la formation de plusieurs groupements d'aide aux victimes du cancer (Coping With Cancer) dans la ville de Toronto. Le Princess Margaret Hospital Lodge et la Division ontarienne de la Société canadienne du cancer dirigent actuellement la seconde génération de ces groupements.

Une enquête menée auprès de 50 personnes amputées depuis peu qui recevaient des services de réadaptation dans un hôpital pour malades chroniques a elle aussi donné naissance à un programme d'entraide toujours en existence. Les groupes sont formés de personnel de l'hôpital, de malades qui viennent de subir une amputation et de personnes qui ont été amputées il y a déjà un certain temps et qui viennent parler de leur expérience et de la façon dont elles font face à la situation avec les malades (MacBride, Rogers, Whylie et Freeman, 1980; Rogers, Whylie, MacBride et Freeman, 1977-1978).

Les projets de recherche ont assez régulièrement des retombées inattendues. Notre étude sur le deuil nous a valu un appel téléphonique d'un centre d'intervention d'urgence au sujet de la possibilité de créer un programme de soutien spécialement conçu pour les membres de la famille des suicidés. Cette initiative a donné lieu à la création d'un programme, exploité actuellement par le centre de détresse de Toronto, dans le cadre duquel des bénévoles qui ont reçu une formation spéciale interviennent auprès de la famille des suicidés (Rogers, Sheldon, Barwick, Letofsky et Lancee, 1982).

En partie parce qu'il nous fallait trouver un sujet de thèse de doctorat, nous avons mené une enquête auprès de 450 étudiants de niveau universitaire souffrant de dépression dont certains fréquentaient la clinique psychiatrique de l'université, les autres ayant été choisis parmi un groupe de sujets témoins sélectionnés au hasard à partir de la liste des inscriptions que l'ordinateur avait en mémoire. Les réponses aux questions posées ont permis d'établir un

rapport entre le début de l'état dépressif et certains événements dans la vie de l'individu, le manque de soutien social, les antécédents familiaux et la perte d'un être cher (O'Neil, 1983; O'Neil, Lancee et Freeman, 1983, sous presse). La portée que les résultats de l'étude devaient avoir sur la conception d'un programme était claire. Par exemple, il était évident qu'il fallait accorder une attention spéciale aux étudiants de l'extérieur et apprendre aux enseignants et au personnel de la clinique à mieux reconnaître les signes de la dépression chez les étudiants. Au moment où nous rédigeons ces lignes, on procède à un essai rigoureux en vue de rendre le personnel de la clinique médicale davantage conscient des troubles mentaux ou affectifs existants.

Nous avons également étudié le stress d'origine professionnelle chez plusieurs groupes d'employés dont 651 contrôleurs aériens, 712 employés de tous les échelons de services de transport aérien, 340 travailleurs d'un service public et 82 techniciens en météorologie qui travaillaient dans des conditions difficiles et dans des régions isolées (MacBride, Lancee et Freeman, 1978, 1981). L'étude du stress chez ces populations a également fait ressortir l'importance du soutien social, au travail et à la maison, en temps qu'agent modificateur du stress. Plus récemment, nous avons découvert que la variable de personnalité qu'est l'efficacité personnelle (Ilfeld, 1978) joue aussi un rôle important dans la modification des effets d'un agent stressant. Par suite de l'étude d'un groupe en particulier, les travaux sur le stress lié au travail ont donné naissance à une série de recommandations concernant la sélection et la formation du personnel, la formation des cadres, le dépistage précoce des réactions au stress et la lutte contre le stress; c'est-à-dire que la recherche a mis en relief les besoins à combler, de même que certaines des solutions sur lesquelles les nouveaux programmes seront fondés.

Nous allons maintenant fournir un exemple d'un projet de recherche qui n'a pas donné naissance à un programme, mais qui nous a amené à prendre la décision tout aussi importante de ne pas créer de programme. La "sagesse" populaire voudrait nous faire croire que la mise à la retraite est un événement stressant, sinon fatal; nous nous sommes donc demandés si un type d'intervention préventive quelconque n'était pas possible. Un examen minutieux de la littérature existante n'a pas confirmé cette croyance (MacBride, 1976). Nous avons ensuite mené une enquête auprès de 265 enseignants (des hommes et des femmes qui vivaient en milieu rural ou urbain et qui avaient pris leur retraite, par choix ou par obligation), qui a révélé que ces personnes étaient bien peu stressées immédiatement avant la mise à la retraite et jusqu'à une année après cet événement (Wasylenki, 1980). Nous reconnaissions que les résultats de l'étude étaient difficilement généralisables, mais nous avons décidé de dépenser notre énergie ailleurs.

Notre prochain exemple se rapproche beaucoup plus du type de recherche idéale que nous aimerions tous voir plus souvent et illustre la bonne façon d'établir un ordre de priorité et de déterminer la forme que les interventions devraient revêtir idéalement. Après s'être fait dire souvent que la création de services psychiatriques pour les malades chroniques devait être un des projets prioritaires, le ministère ontarien de la Santé a commandé l'étude en question. Celui-ci savait qu'au cours des trente dernières années les hôpitaux psychiatriques avaient déversé environ 70 p. 100 de leurs

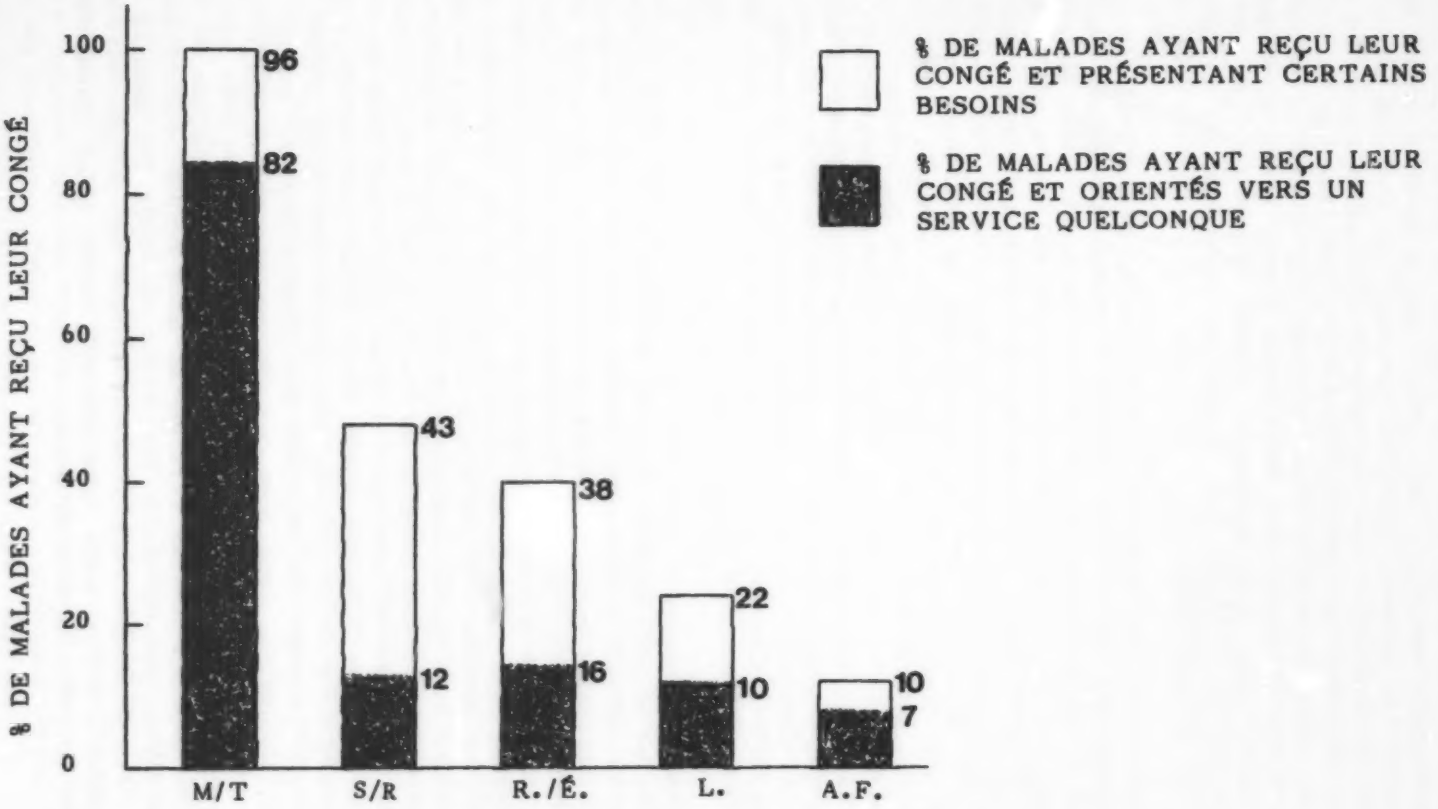
malades dans une collectivité qui était loin d'être prête à les recevoir. Il était de plus en plus conscient qu'en dépit des progrès énormes réalisés en pharmacothérapie ces personnes étaient toujours des malades chroniques qui avaient besoin non seulement des services curatifs offerts par les hôpitaux, mais aussi de services de maintien dans le milieu tels que le logement en milieu plus ou moins surveillé selon le cas, la rééducation professionnelle des aménagements récréatifs et, par dessus tout, une surveillance continuelle. Il était clair que personne n'était responsable de ces malades chroniques de la même façon que l'agent de probation est responsable du prisonnier libéré sur parole.

En conséquence, le ministère de la Santé a demandé à Community Resources Consultants de Toronto, organisme coordonnateur subventionné par le gouvernement, et à la Section de psychiatrie locale et communautaire du Clarke Institute de découvrir ce qu'il arrivait aux malades après qu'ils avaient reçu leur congé d'un centre résidentiel de traitement psychiatrique. Des 883 malades de quatre unités de psychiatrie approchés alors qu'ils étaient encore hospitalisés, 744 nous ont permis d'interroger le personnel qui s'occupait d'eux. Nous les avons observés en milieu communautaire pendant six mois après leur sortie de l'hôpital, après quoi nous avons pu trouver et interroger 505 de ces malades. De ce groupe, 488 ont pu être retrouvés et interrogés deux ans après leur sortie de l'hôpital. Ces malades provenaient d'un hôpital psychiatrique provincial, d'un institut psychiatrique, d'un hôpital d'enseignement du centre-ville et d'un hôpital communautaire de la banlieue (Goering, Wasylenki, Lancee, Fischer et Freeman, 1981, 1983; Wasylenki, Goering, Lancee, Fischer et Freeman, 1981).

Nous étions intéressés à connaître les besoins des malades tels qu'ils étaient évalués par le personnel de l'hôpital et à savoir si celui-ci orientait les malades vers un service quelconque compte tenu des besoins perçus. La figure 4 nous renseigne sur les besoins perçus par le personnel et sur les renvois effectués. Trois choses sautent aux yeux. D'abord, une majorité écrasante de cas étaient considérés comme ayant besoin de services médicaux ou thérapeutiques. Par contre, les autres services, qui pourraient être considérés comme des services de maintien dans le milieu (et non pas comme des services curatifs), sont plutôt négligés. Enfin, le lecteur remarquera l'écart qui existe entre les besoins perçus et les mesures prises. Lorsque nous avons demandé au personnel pourquoi il avait si souvent omis d'orienter un malade vers les services adéquats après avoir évalué ses besoins, on nous a répondu que le malade avait refusé, qu'il n'était pas prêt, qu'on lui avait laissé le soin de prendre les mesures qui s'imposaient ou autre chose du genre. Chose étonnante, dans très peu de cas on nous a répondu que les services nécessaires n'existaient pas. On avait l'impression très nette que la plupart des raisons invoquées par le personnel pour expliquer le fait qu'il n'ait pas orienté certains malades vers les services requis tenaient aux symptômes pénibles qu'on pouvait s'attendre à trouver chez les malades mentaux chroniques. Paradoxalement, les malades n'étaient pas dirigés vers des services susceptibles de les aider précisément parce qu'ils présentaient les symptômes pour lesquels ils avaient besoin d'aide.

FIGURE 4

Besoins perçus et renvois



M/T= MÉDICAL/THÉRAPEUTIQUE
S/R = SOCIAL/RÉCRÉATIF
V/E = RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE/ÉDUCATION
H = LOGEMENT
F = AIDE FINANCIÈRE

Tiré de : Psychiatric Aftercare in Metropolitan Toronto (Goering, Wasylenki, Fischer, et Freeman, 1981).

Le tableau 1 révèle que, au cours des six premiers mois, les 505 malades suivis avaient vraiment tiré profit des services à leur disposition. On remarquera que les malades orientés vers des services médicaux ou thérapeutiques ont très bien suivi les recommandations du personnel de l'hôpital. Remarquons toutefois que les malades ont aussi beaucoup utilisé les services non médicaux auxquels ils avaient été adressés. En fait, par exemple, beaucoup plus de malades sont entrés en contact avec des services récréatifs qu'on en avait orientés vers ces services. Chose particulièrement intéressante, seulement 29 p. 100 des personnes qui avaient eu recours à ces services avaient été adressées par le personnel de l'hôpital. Cela a confirmé ce que nous croyions fermement, à savoir que la clientèle potentielle des services récréatifs était plus importante que le personnel hospitalier ne l'imaginait. Un autre élément est venu corroborer cette hypothèse : lorsqu'on a demandé aux malades dans quelle mesure ils étaient satisfaits des divers services offerts, c'est aux services récréatifs qu'ils ont accordé la cote la plus élevée.

TABLEAU 1

Services utilisés en six mois selon le type
(N = 505)

Type de services	Nombre de contacts	Nombre de visites
Médical/thérapeutique	775	11 582
Rééducation professionnelle/ éducation	138	4 434
Aide financière	64	192
Social/récréatif	102	2 376
Logement	95	1 039

Remarque - Tiré de Psychiatric Aftercare in Metropolitan Toronto (Goering, Wasylenki, Lancee, Fischer, et Freeman, 1981)

La première leçon à tirer de cette enquête, c'est que nous avions besoin de mieux évaluer les besoins des malades et de mieux les orienter à leur sortie de l'hôpital.

Pour ce qui est de l'adhésion aux prescriptions du personnel au cours des six premiers mois, nous avons découvert qu'elle était excellente dans le cas des services médicaux, thérapeutiques, de logement ou d'aide financière recommandés tandis qu'elle était plus faible pour ce qui est des services de rééducation professionnelle et extrêmement faible dans le cas des services

récréatifs conseillés. Nous avons vu, néanmoins, que plus tard les malades ont utilisé les services récréatifs et qu'ils en ont été très satisfaits. Nous avons tenté de savoir des malades pourquoi ils n'avaient pas eu recours à un service auquel ils avaient été adressés; ils nous ont répondu qu'ils n'étaient pas d'accord avec les recommandations du personnel ou que des problèmes concrets les avaient empêchés d'y avoir recours, par exemple. Autre fait intéressant, 24 p. 100 d'entre eux ont déclaré ne pas avoir été adressés aux services en question.

La deuxième leçon à tirer de l'étude, c'est que nous allons avoir également besoin d'un moyen quelconque d'assurer la liaison entre le malade et les services communautaires auxquels il a été adressé. Le modèle du responsable de cas qui doit accompagner le malade jusqu'au nouveau service et lui en faciliter l'utilisation est un exemple de mécanisme de liaison.

La fréquence des orientations à des services médicaux ou thérapeutiques et le fait que beaucoup de malades se soient conformés à ces recommandations, montrent que le personnel et les malades croyaient que le modèle curatif était le plus utile, c'est-à-dire que les services curatifs étaient beaucoup plus populaires que les services de maintien dans le milieu. À qui les malades avaient-ils donc été adressés? La partie la plus intéressante de la réponse à cette question, c'est que 69 p. 100 des orientations avaient été effectuées par des thérapeutes et les responsables de programmes de groupe de l'hôpital où les malades avaient été hospitalisés. Nous savons maintenant que cela encourage la personne à continuer à jouer le rôle de malade, favorise sa dépendance à l'égard de l'hôpital et rend une nouvelle hospitalisation plus probable dès la prochaine rechute.

La troisième leçon à tirer de la recherche est fondée sur les données sur les orientations et confirme ce que nous pressentions depuis un certain temps : le mouvement lancé il y a vingt ans en faveur d'une action communautaire menée pas les hôpitaux ne fonctionne pas très bien. Peut-être est-il temps pour les organismes communautaires de sortir les malades des hôpitaux et de leur faire profiter des services offerts par la collectivité. Nous expliquerons un peu plus loin comment cette idée a donné naissance à un programme.

Si nous croyons au modèle axé sur la maladie et si, comme le montrent les données sur les orientations et l'observance des recommandations, nous nous y conformons assez bien, comment alors, celui-ci fonctionne-t-il? La réponse à cette question est : pas très bien. Si nous nous servons du pourcentage de temps où les malades ont fonctionné raisonnablement bien au cours des six mois suivant leur sortie de l'hôpital comme indicateur de leur fonctionnement sur le plan social, nous constatons que moins de 50 p. 100 d'entre eux fonctionnaient bien la plupart du temps et que, même deux ans après leur sortie de l'hôpital, presque le quart des malades ne pouvaient être considérés comme ayant bien fonctionné que de 0 à 25 p. 100 du temps. Si nous examinons les statistiques sur une période de deux ans, nous nous apercevons que 63 p. 100 de l'échantillon (N = 472) des malades ont été réhospitalisés au

moins une fois. Plus de 70 p. 100 des schizophrènes ont été réhospitalisés et, chose peut-être encore plus décevante, 44 p. 100 des personnes considérées comme "névrosées" ont été réadmises à l'hôpital.

Donc, quatrième leçon : le modèle curatif ne fonctionne pas bien et nous devrions veiller davantage à accroître le pourcentage de services de soins offerts aux malades chroniques. Bien entendu, il faut procéder suivant un plan bien conçu.

L'enquête sur les services de postcure a eu de nombreuses retombées tant du point de vue des services cliniques que des projets de recherche. Pour commencer, il a été possible, grâce aux données recueillies, à Community Resources Consultants de Toronto (l'organisme de coordination communautaire qui a aidé à la réalisation de l'enquête) d'obtenir une subvention pour la création d'un programme de spécialistes en réadaptation. Dans le cadre de ce programme, des spécialistes en réadaptation qui ont reçu une formation spéciale et qui sont au service de Community Resources Consultants se rendent dans quatre hôpitaux pour évaluer les besoins en réadaptation des malades chroniques les plus sérieusement atteints en prévision de leur sortie. Ces spécialistes aident à mettre au point un programme de maintien de ces malades dans leur collectivité, assurent la liaison entre ces derniers et les services recommandés et aident les malades à se servir régulièrement de ces services. Bref, ces travailleurs font de la planification de réadaptation et de la gestion de cas.

Le deuxième programme à voir le jour après l'enquête sur les soins de postcure est actuellement mis en oeuvre par Community Occupational Therapy Associates et le personnel du Clarke Institute. Ce programme expérimental tente d'élargir et de renforcer le réseau social de chaque malade; il s'agit là d'un objectif principal plutôt que d'un objectif secondaire d'un programme de traitement, de loisirs ou de logement.

Un autre programme a été lancé par le personnel de l'hôpital psychiatrique provincial qui a participé à l'enquête sur les soins de postcure (Traynor, Boydell et Pollock, 1984). Ce personnel a en effet mis sur pied une unité d'évaluation et d'orientation en réaction aux conclusions de l'enquête. L'unité s'est d'abord employée surtout à orienter les malades vers des logements convenables et, lorsque ceux-ci se sont révélés inadéquats, elle a aidé à trouver de nouveaux logements. Elle s'est ensuite mise à adresser également les malades à des services récréatifs et à d'autres types de services. Lorsqu'on a découvert que beaucoup de malades ne recevaient pas l'aide sociale à laquelle ils avaient droit, elle a réussi à améliorer la situation sur ce plan de près de 400 de ses clients.

Les programmes et politiques qui résultent indirectement de l'enquête sur la postcure sont encore plus nombreux. Le District Health Council, les planificateurs gouvernementaux, les hôpitaux et les organismes communautaires se sont servis régulièrement des données recueillies pour étayer des demandes, des politiques et des changements de stratégies.

L'enquête a aussi donné lieu à plusieurs recherches. Mme Paula Goering, la coordonnatrice de la recherche pour l'enquête initiale, avait été frappée par le taux de réadmission très élevé de femmes non psychotiques à l'hôpital général de banlieue. Elle mène une étude prospective auprès d'un échantillon de 49 femmes considérées comme souffrant de troubles affectifs majeurs pour découvrir dans quelle mesure la qualité de la relation conjugale est une variable explicative de l'adaptation après la sortie de l'hôpital. L'enquête a également donné lieu à la création d'une unité de recherche à l'hôpital psychiatrique provincial qui a pris part à l'étude originale (Boydell et Trainor, 1984). Récemment, l'unité a étudié 100 nouveaux malades à l'aide des mesures utilisées pour l'enquête initiale qui devient ainsi l'étude témoin. Jusqu'à présent, elle a découvert que le taux des orientations à des services médicaux ou thérapeutiques n'a pas changé au cours des trois dernières années. La situation s'est toutefois améliorée sur le plan de la perception des besoins et des renvois à des services de logements, de loisirs, de rééducation professionnelle et d'éducation. C'est parce que l'unité a découvert que les malades n'étaient pas orientés avec autant d'efficacité vers les sources d'aide financière existantes qu'on a créé le programme susmentionné qui est conçu pour accroître l'aide financière reçue des diverses sources d'aide sociale.

Dans le domaine de la santé mentale, le fossé qui sépare les connaissances de la pratique est d'une largeur inconcevable. Les programmes choisis pour combler cet écart doivent être fondés sur un nouveau consensus dans la littérature psychiatrique, de nouvelles recherches axées sur la théorie, des données épidémiologiques, l'évaluation de programmes et des études conçues spécialement pour découvrir les besoins d'une collectivité particulière. L'enquête sur les services de postcure est un exemple de ce type d'approche idéale.

Malheureusement, dans la réalité, les choses ne fonctionnent très souvent pas de façon rationnelle et, si nous insistons pour faire les choses uniquement selon les règles, nous n'accomplirons qu'une fraction de ce qu'il serait possible de faire. Il nous faut reconnaître que, le plus souvent, l'ordre de priorité des tâches à accomplir est dicté par l'orientation d'une époque, par les idées à la mode ou par ce qui est plus profitable politiquement. Parfois, il est dicté par l'enthousiasme, le charisme et l'esprit d'initiative d'une seule personne. Quel que soit l'élément responsable de la mise en marche d'un programme, nous devons être prêts à en tirer parti. Nous y parviendrons en ayant des buts à long terme bien définis, puis en incorporant les programmes qui se présentent dans le tableau global, même s'il faut le faire dans le mauvais ordre. Nous avons qualifié cette approche d'opportunisme axé sur un but (Freeman et Parry, 1972). Bien qu'elle manque de finesse, elle a l'avantage d'être pragmatique.

En plus de conseiller aux intéressés de rester à l'affût de tout programme qui pourrait se présenter, nous avons proposé et exposé un stratagème qui nous permettrait de continuer à découvrir de nouvelles façons de faire profiter les malades de nos connaissances. Le côté dynamique du principe de

l'opportunisme axé sur un but consiste à encourager constamment la recherche, même si les études ne sont pas la façon idéale d'établir un ordre de priorité. Selon notre expérience, un flot continu de projets de recherche amène inévitablement un flot continu d'applications éventuelles.

Références

Boydell, K., et Trainor, J., Improving hospital discharge planning. Exposé présenté lors de la réunion annuelle de l'Ontario Psychiatric Association, Toronto, 1984.

Freeman, S. J. J., Community psychiatry in a Canadian urban setting. La revue de l'Association des psychiatres du Canada, 1972, 17, S3-S13.

Goering, P., Wasylenki, D. A., Lancee, W., Fischer, L., et Freeman, S. J. J., Report: Psychiatric Aftercare in Metropolitan Toronto. Étude effectuée par Community Resources Consultants de Toronto et par la section de psychiatrie sociale et communautaire du Clarke Institute of Psychiatry, Toronto, 1981.

Goering, P., Wasylenki, D., Lancee, W., Fischer, L., et Freeman, S. J. J., Successful aftercare referrals: Patient motivation or staff motivation? Journal of Psychiatric Evaluation and Treatment, 1983, 5, 249-252.

Ilfeld, F. W., Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. Archives of General Psychiatry, 1978, 35, 716-724.

MacBride, A., Retirement as a life crisis: Myth or reality, a review. La revue de l'Association des psychiatres du Canada, 1976, 21(8), 547-556.

MacBride, A., Lancee, W., et Freeman, S. J. J., Psychosocial stress among Canadian air traffic controllers: Ontario, Quebec and Western regions. Rapport à Transports Canada et à l'Association canadienne du contrôle du trafic aérien, 1978.

MacBride, A., Lancee, W., et Freeman, S. J. J., The psychosocial impact of a labour dispute. Journal of Occupational Psychology, 1981, 54, 125-133.

MacBride, A., Rogers, J., Whylie, B., et Freeman, S. J. J., Psychosocial factors in the rehabilitation of elderly amputees. Psychosomatics, 1980, 21(3), 258-265.

O'Neil, M. K., Psychosocial factors and depressive symptoms in university students (thèse de doctorat, Institute of Medical Science, Université de Toronto, 1983).

O'Neil, M., Lancee, W. J., et Freeman, S. J. J., The nature of social networks in university students and variations under conditions of stress. Department of Psychiatric Research Day, Université de Toronto, 1983.

O'Neil, M. K., Lancee, W. J., et Freeman, S. J. J., Fluctuations in mood and psychological distress during the menstrual cycle. Revue canadienne de psychiatrie. Sous presse, 1984.

Rogers, J., Sheldon, A., Barwick, C., Letofsky, K., et Lancee, W. J., Help for families of suicide: Survivor support program. Revue canadienne de psychiatrie, 1982, 27, 444-449.

Rogers, J., Vachon, M. L. S., Lyall, W. A., Sheldon, A. R., et Freeman, S. J. J., A self-help program for widows as an independent community service. Hospital and Community Psychiatry, 1980, 32(12), 844-847.

Rogers, J., Whylie, B., MacBride, A., et Freeman, S. J. J., The use of groups in rehabilitation of amputees. International Journal of Psychiatry in Medicine, 1977-1978, 8(3), 243-255.

Sheldon, A. R., Cochrane, J., Vachon, M. L. S., Lyall, W. A. L., Rogers, J., et Freeman, S. J. J., A psychosocial analysis of risk impairment following bereavement. Journal of Nervous and Mental Diseases, 1981, 169(4), 253-255.

Trainor, J., Boydell, K., et Pollock, S., Community support for the chronically mentally ill - A new hospital-based model. Exposé présenté lors de la réunion annuelle de l'Ontario Psychiatric Association, Toronto, 1984.

Vachon, M. L. S., Lyall, W. A. L., Rogers, J., Cochrane, J., et Freeman, S. J. J., The effectiveness of psychosocial support during post surgical treatment of breast cancer. International Journal of Psychiatry in Medicine, 1981-1982, 11, 365-371.

Vachon, M. L. S., Lyall, W. A. L., Rogers, J., Freedman, K., et Freeman, S. J. J., A controlled study of self-help intervention for widows. American Journal of Psychiatry, 1980, 137(11), 1380-1384.

Vachon, M. L. S., Rogers, J., Lyall, W. A. L., Lancee, W. J., Sheldon, A. R., et Freeman, S. J. J., Predictors and correlates of adaptation to conjugal bereavement. American Journal of Psychiatry, 1982, 139, 998-1002.

Vachon, M. L. S., Sheldon, A. R., Lancee, W. J., Lyall, W. A. L., Rogers, J., et Freeman, S. J. J., Correlates of enduring distress patterns following bereavement: Social networks, life situation and personality. Psychological Medicine, 1982, 12, 783-788.

Wasylenki, D., A study of retirement and psychosocial stress (thèse de maîtrise, Institute of Medical Science, Université de Toronto, 1980).

Wasylenki, D., Goering, P., Lancee, W., Fischer, L., et Freeman, S. J. J., Psychiatric aftercare: Identified needs versus referral patterns. American Journal of Psychiatry, 1981, 138, 1228-1231.

LES PRIORITÉS DE LA SANTÉ MENTALE AU CANADA ET LE MÉDECIN DE FAMILLE

BRIAN K.E. HENNEN
Département de médecine de famille
Université Dalhousie

Résumé

On estime que l'effectif des sujets présentant des troubles des fonctions mentales traitables constitue environ un cinquième de la population. Bien que vraisemblablement 90 p. 100 de ces sujets consulteront leur médecin de famille dans l'année, le trouble mental ne sera pas diagnostiqué chez environ 40 p. 100 d'entre eux. Il faut donc promouvoir le dépistage précoce par le médecin de famille et l'application pratique des attitudes psychothérapeutiques. Il s'ensuit que le cursus médical doit affranchir les limites des diverses disciplines pour enseigner ces attitudes. De plus, il nous faut établir des priorités pour répartir nos ressources. Étant donné que dans le modèle de base des soins médicaux au Canada, ce sont surtout les médecins de famille qui fournissent les soins primaires, il est logique de s'appuyer sur ce modèle pour planifier le cursus médical de façon à préparer les médecins de famille à répondre à de nouveaux besoins primaires et à mettre sur pied des services secondaires de prévention, de consultation et de réadaptation en vue d'améliorer la prestation des services de santé mentale. Il faut définir clairement le rôle des professionnels à l'intérieur de l'infrastructure sanitaire afin d'organiser des équipes pluridisciplinaires de plus en plus nécessaires.

Quelle est la place du médecin de famille et de son cabinet dans la prestation de services de santé mentale?

Au cours des deux dernières décennies, la médecine de famille a pris sa place en tant que spécialité en Amérique du Nord. Cette évolution a fait mieux comprendre les besoins et les attentes en matière de soins médicaux primaires. Si l'on envisage les besoins médicaux de façon traditionnelle, on constate qu'environ 5 p. 100 des troubles identifiés présentés au médecin de famille relèvent d'un diagnostic psychiatrique précis. Voici les résultats d'une étude entreprise en Virginie sur plus de 500 000 visites au médecin de famille, et d'une étude analogue de McIntyre et Curry, portant sur un peu plus de 100 000 visites au médecin en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick.

Je suis incapable d'expliquer les différences entre les diagnostics de névrose dépressive et de névrose d'angoisse dans les deux études. Néanmoins, les chiffres sont comparables, dans l'ensemble.

TABLEAU 1

Fréquence des diagnostics par 1000 visites au cabinet du médecin

	Virginie[1]	Nouvelle-Ecosse Nouveau-Brunswick
Névrose dépressive	15	8
Névrose d'angoisse	12	22
Céphalée d'origine psychique	2,7	2,7
Abus de l'alcool	2,5	1,2
Schizophrénie	1,7	1
Énurésie	0,6	0,6
% de toutes les visites pour troubles mentaux	5,3%	4,4%

1 Marsland, Wood, et Mayo
2 Curry et McIntyre, 1981

L'Enquête Santé Canada donne des chiffres analogues : 3,5 p. 100 des affections signalées sont des troubles mentaux. Cette enquête a également découvert que 4 p. 100 des Canadiens âgés de 15 ans et plus sont "malheureux" et donc à risque élevé. Les personnes les plus susceptibles d'être malheureuses sont les femmes, les adolescents, les personnes âgées, les veufs ou veuves, les personnes divorcées ou séparées, les personnes à faible revenu et les inactifs. Il est intéressant de constater que les hommes qui restent à la maison constituent une petite minorité heureuse.

À côté de ces besoins qui correspondent à nos perspectives traditionnelles, nous sommes confrontés à de nouvelles perturbations psychosociales qui ont un retentissement très important sur la médecine primaire. Ces perturbations comprennent le chômage avec l'anxiété et la dépression qui l'accompagnent, ainsi que des comportements secondaires plus visibles tels que la violence et les délits sexuels; la mutation des rôles familiaux (dans un plus grand nombre de familles, les deux conjoints travaillent; un chef de famille sur six est une mère célibataire); l'acceptation de l'évolution des normes sexuelles, enfin la désillusion générale des adolescents et des jeunes adultes confrontés aux dangers qui menacent notre environnement et la paix mondiale.

Par exemple, d'après une étude (Brown et Harris, 1978), le risque de souffrir d'une dépression augmente chez les femmes qui font face à de graves difficultés si elles sont rendues plus vulnérables par l'absence d'un mari ou d'un ami auquel elles peuvent se confier, si elles doivent s'occuper de trois enfants ou plus, ou si elles sont en chômage. Toutefois, même s'ils étaient plus vulnérables, certains groupes, y compris les femmes ayant des enfants à charge, consultaient moins fréquemment leur médecin de famille ou leur psychiatre.

Pratique actuelle

Parmi chaque tranche de 1000 clients adultes, nous pouvons prévoir 10 000 nouveaux épisodes de maladies de toutes sortes au cours d'une année. Au moins 80 p. 100 de ces maladies sont traitées par les malades eux-mêmes ou par leur famille. Moins de 20 p. 100 des malades consulteront leur médecin ou d'autres professionnels de la santé (voir la figure 1).

Ces chiffres sont le résultat d'une compilation des caractéristiques de la pratique médicale en Angleterre, en Australie, aux États-Unis et au Canada à laquelle je me suis livré au cours de mon année sabbatique passée en Australie il y a un an et demi. Des chiffres récemment obtenus sur la Nouvelle-Écosse confirment que ces chiffres généraux ne s'écartent pas de la pratique actuelle. Il est raisonnable de penser que les maladies mentales sont soignées dans la même proportion (80 p. 100) par les malades eux-mêmes, par la famille, ou par des professionnels autres que des médecins.

Il semble donc qu'il serait opportun d'aborder la question de l'amélioration des services de santé mentale dans la perspective plus générale d'une meilleure utilisation des dispensateurs de soins. Les personnes justiciables d'un traitement médical devraient avoir accès à un médecin et d'autres pourraient être mieux ou aussi bien soignées au sein de la collectivité, sans l'intervention d'un professionnel, à condition qu'on améliore l'éducation sanitaire du public et que les services communautaires soient plus structurés.

Dans son étude remarquable du comté de Stirling en Nouvelle-Écosse, (1982) Leighton note que 20 p. 100 de la population souffrait de maladies mentales, et qu'une minorité seulement finissait par s'adresser à un établissement de santé mentale local. Il fait remarquer en outre que deux fois sur trois c'est le médecin de famille qui dirigeait les malades vers l'établissement de santé mentale local et qu'un nombre encore plus considérable de cas étaient traités directement par le médecin de famille. Il restait cependant un grand nombre de personnes chez lesquelles on avait diagnostiqué un trouble mental précis et qui n'étaient pas traitées. Leighton estime que 8 p. 100 de la population présente des troubles mentaux non traités.

De leur côté, Goldberg et Huxley (1980) estiment que 25 p. 100 de la population souffre de maladies mentales. Sur le nombre total de personnes qu'on estime présenter des problèmes psychiatriques, 92 p. 100 consultent leur médecin de famille, 56 p. 100 font l'objet d'un diagnostic et sont traitées principalement par le médecin de famille, 6,8 p. 100 sont adressées à un psychiatre et 2,4 p. 100 sont hospitalisées dans un hôpital psychiatrique.

Une année de médecine générale avec 1000 clients

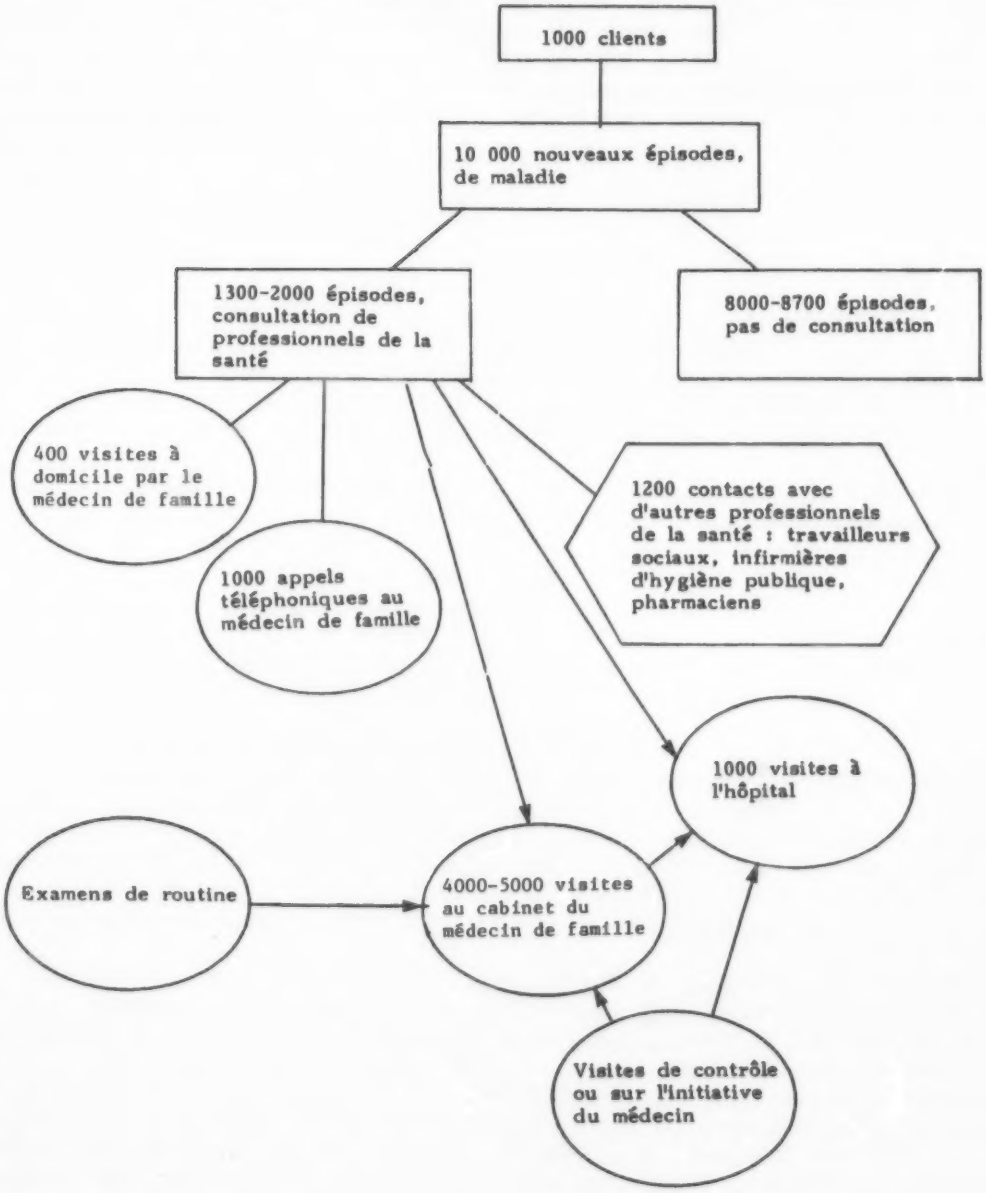


Figure 1. Une année de médecine générale avec 1000 clients. (General Practice in The Newcastle Undergraduates Curriculum de B.K.E. Hennen, University of Newcastle, New-South Wales, Faculty of Medicine (Australie) 1981-1982.

Il s'ensuit donc que 44 p. 100 des personnes présentant des troubles mentaux ne font pas l'objet d'un diagnostic par le médecin de famille (chiffre qui correspondrait aux 8 p. 100 de la population de Leighton comptant 20 p. 100 de malades mentaux). Pourquoi les sujets qui présentent des symptômes psychiatriques ne consultent-ils par un médecin, ou pourquoi ceux qui consultent un médecin ne se font-ils pas diagnostiquer leurs problèmes psychiatriques?

Goldberg et Huxley se sont penchés sur ces questions dans leur excellente étude Mental Illness in the Community, que je vous recommande de lire en entier. Les auteurs estiment que le réseau de services de santé mentale se compose des cinq paliers suivants, séparés par quatre "filtres" :

1. la collectivité,

2. les soins primaires face auxquels la morbidité psychiatrique est présente, mais pas nécessairement reconnue,

3. les soins primaires face auxquels la morbidité psychiatrique est reconnue,

4. les services psychiatriques spécialisés de tous types,

5. les soins psychiatriques spécialisés en milieu hospitalier.

Voici les quatre filtres qui déterminent la progression des malades à ces différents paliers.

1. Le premier est placé entre la collectivité et les services de soins primaires; le passage au filtre suivant dépend essentiellement de facteurs propres au malade.

2. À l'intérieur du service de soins primaires, l'identification du trouble mental dépend de la perception des symptômes, des techniques d'entrevue, des attitudes et de la formation du médecin de famille, et de la façon dont le malade présente son problème.

3. Des qualités thérapeutiques du médecin de famille, de la gravité de la maladie et des attitudes du malade et de sa famille dépend l'aiguillage du malade vers un psychiatre; cet aiguillage est également fonction de la qualité et de la quantité des services.

4. Enfin, pour qu'un malade soit hospitalisé dans un hôpital psychiatrique, il faut que l'hôpital ait un lit disponible et que le psychiatre puisse faire admettre le malade. L'hospitalisation dépend encore des symptômes du malade, des attitudes du malade et de sa famille (l'opprobre attaché aux maladies mentales joue ici encore un rôle important), et d'autres facteurs pratiques tels que le retard à faire appel au médecin ou au travailleur social lorsque le malade traverse une crise. Cela constitue le quatrième filtre.

Un idéal réalisable

Étant donné qu'il pourrait y avoir une population assez considérable de malades mentaux traitables non détectés dans la collectivité, le dépistage précoce devrait sans doute être prioritaire. Pour faciliter le dépistage des troubles peu apparents et le signalement de ceux qui le sont plus, il faudrait mettre en oeuvre des dispositifs appropriés et s'attacher à changer les attitudes, en particulier la tare associée à la maladie mentale.

Ensuite, le public et les professionnels de la santé devraient être mieux renseignés et plus compétents, afin de mieux exploiter toutes les ressources disponibles dans le domaine.

Dans une étude portant sur des membres choisis au hasard du Syndicat des travailleurs unis de l'automobile (Glasser, Duggan et Hoffman, 1975), 90 p. 100 d'entre eux ne pouvaient donner le nom d'un psychiatre et 65 p. 100 ne connaissaient pas un seul établissement psychiatrique. Ce qui est encore plus inquiétant, sur les 81 organismes ou professionnels susceptibles d'aiguiller les travailleurs (généralistes, travailleurs sociaux, ecclésiastiques, magistrats, policiers), plus du tiers ne pouvaient donner le nom d'un seul psychiatre auquel adresser un malade. Bien que les membres des TUA peuvent sans frais se faire traiter par un psychiatre, subir des tests psychologiques et consulter une clinique de santé mentale, un cinquième seulement des travailleurs et moins du tiers des organismes d'aiguillage étaient au courant de ces avantages sociaux. Il semble que tant le public que les professionnels de la santé soient ignorants en la matière.

Les médecins de famille, en particulier, devraient être sensibilisés aux avantages thérapeutiques de meilleurs rapports médecin-malade, et connaître leurs points forts et points faibles dans ce domaine. Ensuite, il faut préciser et enseigner les attitudes de psychothérapie qui conviendraient aux dispensateurs de soins primaires. La formation du médecin de famille doit faire plus de place au développement humain, à la structure et aux fonctions de la famille, au comportement des malades, aux aspects psychosociaux de la maladie et aux médicaments psychothérapeutiques. Aldrich (1975) donne des exemples des attitudes nécessaires au dispensateur de soins primaires : écouter le malade sans porter de jugement, faire preuve d'empathie à son égard et l'aider à résoudre ses problèmes. Cet auteur présente également des stratégies que nous ferions bien d'adopter dans la formation des médecins de famille :

1. poser un diagnostic positif dès que possible;

2. distinguer entre les problèmes posés par la maladie et ceux posés par la personnalité du malade (les dispensateurs de soins primaires ne devraient pas essayer de traiter ces derniers);

3. viser à rétablir la fonction plutôt qu'à guérir;

4. préciser avec le malade les objectifs particuliers du traitement;

5. fixer des rendez-vous à intervalles réguliers;

6. garder la confidentialité.

Problèmes à résoudre en dehors des lacunes de l'enseignement

L'organisation un peu anarchique des ressources professionnelles de la collectivité est l'un des nombreux problèmes à résoudre, avec l'insuffisance du financement des organismes communautaires. La plupart de ces organismes ne sont efficaces qu'à moitié parce que le personnel compétent et les membres du conseil d'administration passent la plus grande partie de leur temps à mendier à gauche et à droite des fonds pour survivre.

Je désire maintenant mettre en lumière deux types de malaises interprofessionnels qui impliquent la profession médicale et qui, dans une certaine mesure, rejaillissent sur les rapports entre les médecins et les autres professionnels de la santé.

Le premier est la hiérarchie traditionnelle, la "vassalité" des professionnels de la santé; on perçoit le psychiatre comme plus compétent que le médecin de famille et celui-ci comme plus compétent que les autres dispensateurs de soins. Dans "The Doctor, the Patient and the Illness", Balint (1972) signale la perpétuation du rapport maître-élève entre le spécialiste et le médecin de famille. Le psychiatre est vu comme le champion des soins primaires et des soins psychiatriques complexes qu'il a cernés. De même, les médecins en général fixent la norme parfaite pour des soins dont ils ne sont pas directement responsables et tiennent à ce qu'elle soit respectée par les autres professionnels de la santé.

L'enjeu du "fief", deuxième malaise, est lié à la question de hiérarchie; chaque discipline, tant dans la pratique qu'à l'université, protège le sien. Certes, on discute un peu des attributions de chacun, mais la montée des infirmières de soins primaires, des psychologues indépendants et des travailleurs sociaux d'exercice privé menace de plus en plus le médecin sur son territoire. Les sciences du comportement, la psychiatrie, la médecine générale et toutes nos disciplines cliniques luttent pour la première place dans le cursus médical... Et pourtant, nous sommes tous trop occupés.

Il est évident que la solution de ces malaises va dans le sens de l'approche pluridisciplinaire, la direction de l'équipe de dispensateurs de soins étant continuellement négociable en faveur du spécialiste qui a le plus de contacts avec le malade et qui connaît le mieux celui-ci ou sa situation actuelle. On peut également résoudre les malaises de fief par la négociation et en se demandant honnêtement qui connaît le mieux un sujet donné et est le mieux placé pour l'enseigner, étant donnée les ressources disponibles.

Les rapports entre les gouvernements fédéral et provinciaux sont également hérissés de problèmes de vassalité et de fief.

Priorités

On a tendance à établir les priorités en fonction du temps (que faut-il faire en premier?) et d'après les efforts entrepris (lequel mérite le plus d'attention et de ressources, financières et autres?). Il arrive cependant que les mesures les plus importantes doivent attendre après d'autres dont elles dépendent. Dans d'autres cas, l'activité la plus importante n'est pas nécessairement la plus coûteuse ou celle qui demande le plus d'efforts.

Le Canada est généralement considéré comme une société d'abondance, et pourtant 4,5 millions de Canadiens vivent sous le seuil établi de la pauvreté, et 11 p. 100 des individus en état de travailler sont en chômage.

Magee (1978) fait remarquer qu'il est plus raisonnable de viser à réduire le malheur que de chercher à accroître le bonheur, parce que nous connaissons des façons de minimiser le malheur, mais nous ne savons pas aussi bien comment rendre les gens heureux. Au lieu du plus grand bien pour le plus grand nombre, poursuit-il, nous devrions plus modestement exiger le moins de souffrance évitable pour chacun; de plus, la souffrance inévitable devrait être répartie le plus également possible.

Le docteur Art Parsons, président du comité d'éthique médicale de l'AMC, a fait remarquer récemment que le problème moral le plus important qui attend les dispensateurs de soins au cours de la prochaine décennie sera l'attribution de ressources limitées. Il devient de plus en plus évident que les ressources mises à notre disposition ne sont pas inépuisables.

J'ai récemment pris part à une discussion avec des représentants d'une nouvelle direction du ministère de l'Emploi qui s'occupe de la réadaptation et de l'emploi des handicapés mentaux et des personnes ayant reçu récemment leur congé d'un psychiatre ou d'un service psychiatrique. On a discuté du problème du congé prématuré donné aux malades par des services de traitement d'appoint, de l'insuffisance de la planification de ce congé, de la tare associée à la maladie mentale dans la société en général et chez les employeurs en particulier, et, enfin, du fait que les psychiatres ne donnent ni conseils ni éducation aux employeurs sur la réadaptation des victimes de maladie mentale.

D'autre part, j'ai examiné l'article de Kirsh (1983) intitulé : "Unemployment : Its Impact on Body and Soul", publié par l'Association canadienne pour la santé mentale (disponible en version française) et j'estime qu'il souligne la mesure dans laquelle le chômage démoralise, encourage les modes de vie malsains et favorise la maladie mentale. Le chômage est lié à l'augmentation des phénomènes suivants :

Dépression	Anxiété
Autodépréciation	Fatalisme
Colère	Sévices exercés sur le conjoint

Sévices exercés sur des enfants	Suicide
Admissions dans un hôpital psychiatrique	Homicide et viol
Délits contre la propriété d'autrui	Aliénation chez les jeunes
Problèmes scolaires des enfants	Divorce
Alcoolisme	Conséquences de la pauvreté (par ex., nutrition déficiente, logement insuffisant, etc.)
Fatigue	Amaigrissement ou obésité
Ulcères	Syncopes répétées
Toxicomanie	Tabagisme
Abus du café	Insomnie
Respiration rapide	Tension musculaire
Mortalité infantile	Cardiopathie

Voici un parfait exemple de la sorte de dilemme moral auquel nous sommes confrontés. Notre ministère de l'Emploi doit-il mettre sur pied des programmes d'emploi pour les personnes en bonne santé afin d'éviter la venue de la maladie mentale, ou doit-il accorder la priorité à la réadaptation de ceux qui souffrent d'une maladie mentale caractérisé et qui sont sur le point de réintégrer la population active? Comment allons-nous éviter de mettre ces deux groupes en concurrence et de créer une situation qui produirait clairement un effet contraire à l'effet recherché? Quelle attitude nous, les professionnels de la santé, devons-nous prendre à cet égard. Devons-nous en général, en tant que membres d'un groupe pluridisciplinaire, convenir de favoriser la prévention, ou devons-nous convenir que certains d'entre nous privilégient la prévention, d'autres le traitement actif et d'autres encore la réadaptation? Devons-nous laisser la prévention (c'est-à-dire l'emploi pour les personnes en bonne santé) entièrement entre les mains du ministère de l'Emploi et nous réserver la réadaptation des personnes qui ont récemment souffert de troubles mentaux?

Ici, j'estime que nous devrions nous diriger vers un modèle qui donne une définition plus claire des rôles, tout en permettant un chevauchement bien net. Par exemple, les infirmières de soins primaires devraient probablement concentrer leur action en prévention et en éducation sanitaire. Les psychiatres, en plus d'avoir un petit rôle, surtout consultatif, en prévention

primaire, devraient faire de la recherche, dispenser avant tout des traitements en qualité de spécialistes consultants et jouer probablement un plus grand rôle en réadaptation. Les médecins de famille, en tant que généralistes, doivent définir leur rôle avec des limites verticales plutôt qu'horizontales, en utilisant les attitudes déjà mentionnées, et en mettant l'accent sur le dépistage, sans perdre de vue aucun aspect du traitement.

Cette organisation suppose le maintien du modèle de base actuel au Canada, avec le médecin de famille comme principal dispensateur de soins primaires. Il ne faut pas négliger les modèles pilotes de prestation de soins (faisant ou non appel au médecin de famille actuel), mais il est raisonnable de s'appuyer sur le modèle actuel pour la planification. Je propose donc que nous préparions les médecins de famille à ce rôle et que nous organisions leur pratique de manière à remplir ces besoins en mutation et à créer des services de prévention, de consultation et de réadaptation autour de la prestation des soins primaires.

L'engagement du médecin de famille

J'estime qu'il nous faut une approche permettant de prendre certaines grandes orientations, d'établir un modèle de base approprié en matière de soins, de résoudre les problèmes économiques de l'infrastructure sanitaire et de mettre en oeuvre une stratégie d'information du public (les consommateurs et le gouvernement) et des dispensateurs de soins.

Grandes orientations

J'estime qu'il nous faut prendre trois grandes orientations en matière de soins primaires. Premièrement, il faut des attitudes conduisant à un diagnostic positif des troubles mentaux en évitant de procéder par élimination des problèmes physiques. Deuxièmement, il faut s'appuyer honnêtement et de façon pratique sur la "famille" au sens large pour la solution de la plupart des problèmes. Troisièmement, il nous faut réorienter nos efforts hors des établissements et dans la collectivité en organisant des services basés sur des équipes pluridisciplinaires.

Un modèle approprié

Le modèle canadien continue de considérer le médecin de famille comme le premier dispensateur de soins. L'infirmière de soins primaires travaille directement avec le médecin de famille. Elle joue un rôle important en dépistage, détection précoce des symptômes, enseignement de la prévention et réadaptation. Cela implique que le médecin de famille doit être mieux formé à la prévention, aux conseils, au dépistage et surtout à la reconnaissance précoce, à la communication, à la psychothérapie de soutien, à une bonne prescription des médicaments et à une bonne orientation des malades. Certains médecins de famille ayant des intérêts spéciaux pourront suivre une formation approfondie dans des domaines particuliers tels que la thérapie familiale,

l'hypnose et le counseling conjugal. Les infirmières et les travailleurs sociaux des centres communautaires pourraient répondre à plusieurs besoins précis en matière de consultations à domicile, d'enseignement, de conseils spéciaux, et ils pourraient diriger les malades vers d'autres ressources communautaires.

Économie

De plus en plus, les médecins qui négocient les honoraires cherchent à faire reconnaître la valeur des entretiens avec les malades. Ils estiment que cette activité va de pair avec les activités techniques et qu'on doit accorder une grande importance aux entretiens et à la prévention. Malheureusement, pour le mode de rémunération des médecins, les mots ne valent pas grand-chose. Il s'ensuit que de nombreux médecins, la plupart des gouvernements et certains malades attachent peu de prix aux aptitudes des professionnels à la communication, bien que tous les malades semblent apprécier le médecin qui a le temps de s'entretenir avec eux.

Services des médecins de famille en Nouvelle-Écosse en 1982
(population 850 000 personnes)

Total des rémunérations	50,6 millions de $
"Psychothérapie"	1,6 million (3,2 %)
29 351 personnes ont reçu au moins une prestation de services de "psychothérapie"	
Coût de la psychothérapie	1,91 $ par habitant
	55 $ par personne ayant reçu au moins un service

Ce tableau donne une idée de ce qui est facturé en Nouvelle-Écosse comme services de psychothérapie par les médecins de famille. On se demande si c'est assez; il est donc important de définir la nature des services de psychothérapie dispensés par le médecin de famille.

Il faut continuer à faire pression sur le gouvernement pour qu'il reconnaisse plus clairement le rôle des autres professionnels de la santé qui dispensent des soins primaires. En particulier, il faut reconnaître le rôle des infirmières de santé communautaire, des travailleurs sociaux et des infirmières familiales car les services de tous ces professionnels pourraient être liés expressément aux services du médecin de famille.

Le financement devra être axé sur la famille et la collectivité et bénéficier également aux professionnels sans formation technique, ainsi qu'à ceux qui oeuvrent en prévention.

L'information du public

L'information du public est la première démarche à réaliser, étant donné que plus de 80 p. 100 des maladies perçues dans une population seront "traitées" par le malade lui-même. Il est évident qu'un grand nombre de ces malades bénéficieraient d'un traitement dispensé par un professionnel et, que d'autre part, beaucoup de malades qui s'adressent à des professionnels pourraient se soigner eux-mêmes s'ils étaient suffisamment informés et guidés.

Les programmes d'éducation sanitaire des écoles publiques peuvent jeter les fondements de cette information; ils peuvent être complétés et renforcés au secondaire ou par les programmes offerts par les cabinets de médecins et les services de santé communautaire. En particulier, l'éducation sanitaire devrait toucher les modes de vie, la nutrition, le développement humain, la sexualité et les relations familiales et interpersonnelles. D'après l'enquête récente sur les connaissances en matière d'hygiène au Canada, nos écoliers ignorent des aspects importants de leur hygiène personnelle. Finalement, l'information doit faire savoir au public que les ressources en santé sont limitées et qu'il faut les utiliser à bon escient.

Formation des professionnels de la santé

La formation des professionnels de la santé sera influencée dans un proche avenir par des changements quantitatifs aussi bien que qualitatifs. On estime en général que trop de médecins sortent des facultés, bien qu'on n'ait guère tenté jusqu'ici de connaître les attentes de la société à cet égard. Ainsi, une étude réalisée en 1980 en Nouvelle-Écosse conclut, à partir de trois rapports recommandés du nombre de médecins au nombre de malades, à un surplus de 58 p. 100, un surplus de 21 p. 100, ou un déficit de 7,2 p. 100. On n'a pas sérieusement entrepris de prévoir le rôle du médecin de famille de demain, et pourtant un seul changement dans les services assurés par ces professionnels pourrait avoir des répercussions profondes sur le nombre de médecins requis. Par exemple, si tous les adultes admissibles de la Nouvelle-Écosse passaient un examen de santé bisannuel de 20 minutes portant avant tout sur le dépistage des affections à haut risque, comme le recommande le groupe de travail canadien sur les examens médicaux périodiques, il faudrait à cette province 40 postes de médecins de famille en plus pour répondre à cette seule augmentation des services.

Naturellement, une bonne part de ce travail devrait être effectuée par d'autres professionnels de la santé; le groupe de travail prévoyait que 85 p. 100 de ses recommandations seraient réalisées par des professionnels autres que des médecins. Le critique de l'opposition en matière de santé s'est lui aussi inquiété du trop grand nombre de médecins, d'infirmières et d'auxiliaires : il a indiqué que nous aurions en trop 30 p. 100 de médecins, 70 p. 100 d'infirmières et 120 p. 100 d'infirmières auxiliaires dès 1990 au rythme de "production" actuel. Ces prévisions sont tirées du rapport d'une commission d'enquête dans la province. Comment cette commission est arrivée à ces chiffres - s'agit-il des besoins des malades ou simplement d'une projection des pratiques actuelles -, nous n'en savons rien. Mais si nous prenons

de mauvaises décisions de contingentement dans nos programmes de formation, il pourrait nous falloir entre 3 et 10 ans pour remédier à la situation, selon la durée du programme de formation. Il faut prévoir continuellement les besoins futurs afin d'évaluer nos besoins de main-d'oeuvre, et non prendre des décisions ponctuelles dictées par des crises.

Pour prendre les décisions rationnelles qui s'imposent, il faut tenir compte de la façon dont les professionnels de la santé travailleront à l'avenir. Cette orientation pourra être reflétée, avec un retard prévisible, mais considérable, dans les programmes des facultés et des écoles qui seront disposées à évoluer pour satisfaire aux nouveaux besoins. Dans tout le Canada, environ la moitié des 16 facultés de médecine procèdent actuellement à des révisions importantes de leur cursus.

J'estime qu'il nous faut définir plus clairement les rôles dans un système qui s'appuiera de plus en plus sur le travail d'équipe. Toutefois, il ne faudra pas définir les rôles de façon à séparer les disciplines, mais de façon à permettre la négociation des tâches entre les différents professionnels, négociation rendue possible par un "tronc commun" d'études. Le chevauchement des rôles et la spécialisation des professionnels varieront sans aucun doute avec les besoins, ces besoins étant déterminés principalement par des considérations démographiques et géographiques. Les processus de régulation d'ordre économique et politique auront également des effets importants. Il nous faut élaborer un plan d'avenir et non nous contenter d'extrapoler.

Références

Aldrich, C.K. Office psychotherapy for the primary care physician. Chapter 39. American Handbook of Psychiatry 2. Basic Books Inc., 1975.

Balint, M. The doctor, his patient and the illness. New York: International Universities Press, 1972.

Brown, G.W., et Harris, T. Social origins of depression. London: Tavistock Publications, 1978.

Curry, L., et McIntyre, K.A. The content of family medicine: Do we need more studies? Canadian Family Physician, 1981, 28, 124-126.

Glasser, M.A., Duggan, T.J. et Hoffman, W. Obstacles to utilization of prepaid mental health care. American Journal of Psychiatry, 1975, 132, 710-715.

Goldberg, D. et Huxley, P. Mental illness in the community, The pathway to psychiatric care. London and New York: Tavistock Publications, 1980.

Hennen, B.K.E. General practice in the Newcastle undergraduate curriculum, The University of Newcastle, N.S.W. Faculty of Medicine, 1981-1982.

Kirsh, S. Unemployment: Its impact on body and soul. Canadian Mental Health Association, 1983. (Disponible en version française)

Leighton, A.H. Caring for mentally ill people. Cambridge University Press, 1982.

Leighton, A.H., Murphy, J.M. et Munro, A. Caring for mentally ill people in Nova Scotia. Accepted for publication in Nova Scotia Medical Bulletin, 1984.

Magee, B. Popper. Fontana Modern Masters. Glasgow: William Collin's Sons and Co. Ltd., 1978, p. 85.

Marsland, D.W., Wood, M., et Mayo, F. Content of family practice. In J.P. Geyman (Ed.), A statewide study in Virginia with its clinical, educational, and research implications. New York: Appleton-Century Crofts.

1982 Statistics Halifax, Nova Scotia Medical Services Insurance.

DEUXIÈME THÈME - RECHERCHE ET PRIORITÉS EN MATIÈRE DE SERVICES : APPLICATIONS À DES POPULATIONS PARTICULIÈRES

LES PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL : INCIDENCE DE LA RECHERCHE SUR LA DÉFINITION DE PRIORITÉS ET L'ÉLABORATION DE PROGRAMMES

HARVEY A. SKINNER
Chef du service de recherche en évaluation
Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie
et
professeur adjoint
Département de médecine préventive et de biostatistique
Université de Toronto

RÉSUMÉ

Cette étude nous offre un compte rendu des principales conclusions de recherches ayant trait à la prévention et au traitement de problèmes liés à l'alcool. L'auteur y expose une méthode de prévention primaire qui met l'accent sur la coordination des efforts entre le gouvernement, les professionnels et les organismes communautaires. Les études réalisées récemment sur la question ont sous-estimé la valeur des interventions de courte durée auprès des personnes qui commencent à avoir un problème d'alcool. En outre, il y a lieu de prévoir des services thérapeutiques plus intensifs et spécialisés pour ceux qui présentent des symptômes graves de dépendance à l'égard de l'alcool.

L'usage excessif d'alcool et les incapacités qui y sont associées engendrent des problèmes médicaux, sociaux et psychologiques très répandus. Les coûts sont effarants. Selon des estimations faites au Canada et aux États-Unis, de 11 à 12 p. 100 des coûts des soins de santé aux adultes sont attribuables aux problèmes liés à l'alcool. Ces chiffres semblent cependant ridicules lorsqu'on les compare au fardeau que représente la criminalité, la perte de productivité et les accidents de la route. Les répercussions diverses de l'alcoolisme sur la société ont suscité un débat énorme sur la notion de "responsabilité" en matière de problèmes rattachés à l'alcool. Le corps médical doit assumer une part de responsabilité dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme, mais l'application de mesures réglementaires visant à restreindre la consommation d'alcool ressortit essentiellement aux instances politiques.

Prévention primaire

La consommation d'alcool ne représente pas un danger pour la majorité des gens. Près de 75 p. 100 des Canadiens font une consommation "raisonnable" de boissons alcooliques. C'est ce groupe de gens qui est visé par la prévention primaire, dont l'objet est d'inciter la population à faire preuve de modération dans sa consommation d'alcool et d'inculquer aux jeunes de bonnes habitudes sur ce plan. Le tableau 1 offre un résumé des recherches sur

l'incidence des programmes de prévention primaire mis en oeuvre avec le concours des médias, axés sur l'éducation dans les écoles et sur les mécanismes de réglementation. Les changements apportés par la politique, l'éducation et les médias peuvent être de peu de conséquence si on les considère isolément, par contre, leur effet cumulatif sur la consommation d'alcool peut être énorme. Ainsi, les répercussions de l'ensemble du "programme" de prévention primaire sont vraisemblablement plus importantes que n'importe lequel de ses éléments. Le tableau 2 expose une stratégie pour la prévention de la consommation abusive d'alcool, qui met l'accent sur la coordination de divers efforts.

TABLEAU 1

Mise à jour de la recherche

Prévention primaire

(1) Médias - On comprend mal les répercussions des médias, et sur le plan de la recherche l'on se heurte à des obstacles inouïs. La sensibilisation aux dangers de l'alcool pour la santé semble exercer une influence sur les attitudes et la réceptivité de la population face au problème. On n'a cependant observé aucun effet durable sur le comportement. Il est indéniable que la publicité peut influencer l'individu dans son choix d'un produit et bien le disposer vis-à-vis de la consommation d'alcool. Toutefois, il est loin d'être aussi évident qu'elle influe sur les habitudes de consommation proprement dites.

(2) Éducation - Bien que les programmes scolaires de sensibilisation aux méfaits de l'alcool puissent accroître les connaissances, le lien entre les connaissances accrues et le changement de comportement est loin d'être évident. Il n'existe aucune preuve solide indiquant que les programmes de sensibilisation aux méfaits de l'alcool dans les écoles contribuent effectivement à modifier le comportement face à l'alcool.

(3) Mécanisme de réglementation - Voici les principales conclusions :

a) Les mesures qui restreignent l'accès à l'alcool seront associées à une diminution de la consommation d'alcool.

(i) Le prix - une hausse du prix est associée à une baisse de la consommation.

(ii) L'âge - l'abaissement de l'âge légal pour la consommation d'alcool est lié à une augmentation de la consommation.

Source: Alcohol: Public Education and Social Policy. A.R.F. Task Force Report, H.J. Schankula (Chairman). Toronto: Addiction Research Foundation, 1981.

(iii) Les débits de boisson - un changement marqué dans le nombre de débits de boisson est associé à un changement correspondant sur le plan de la consommation.

b) Les mesures qui contribuent à réduire sensiblement la consommation d'alcool seront liées à une diminution des problèmes attribuables à l'alcool.

Conclusion

Pris isolément, les changements apportés par la politique, l'éducation et les médias sur le plan de la consommation d'alcool peuvent être minimes, par contre, leur effet cumulatif peut être énorme. Autrement dit, l'incidence de l'ensemble du "programme" est sans doute plus importante que l'effet de n'importe lequel de ses éléments.

TABLEAU 2

Stratégie de base pour la prévention de la consommation abusive d'alcool

1. Restreindre l'accès à l'alcool
   - Déterminer le prix relatif de l'alcool par rapport au revenu disponible
   - Exercer un contrôle sur l'âge légal pour la consommation
   - Restreindre le nombre et contrôler le type de débits de boisson
2. Restreindre la publicité qui associe l'alcool à un certain mode de vie
3. Axer des programmes de prévention sur des thèmes précis
   - Santé - les femmes enceintes
   - Famille - les enfants d'alcooliques
   - Circulation - la législation en matière de conduite en état d'ébriété
4. Sensibiliser davantage le public
   - Faire ressortir les bienfaits des habitudes de vie saines ainsi que les conséquences de la consommation excessive d'alcool
5. Coordonner les efforts en vue d'obtenir un effet cumulatif
   - Médias - mieux informer et sensibiliser la population
   - Démarches collectives - accroître la motivation et la réceptivité
   - Démarches individuelles - modifier le comportement

Recherche sur la thérapie

Environ 5 p. 100 de la population masculine en Amérique du Nord répond aux critères de la dépendance à l'égard de l'alcool, à savoir symptômes de sevrage et perte de contrôle sur la consommation d'alcool. On emploie souvent le terme "alcoolique" pour désigner ce genre de personne. Toutefois, de nombreuses autres personnes ont des "problèmes de consommation" sans pour autant présenter de symptômes de dépendance à l'égard de l'alcool. D'après les estimations, le pourcentage de buveurs problèmes parmi la population adulte masculine se situerait entre 15 et 35 p. 100. Le tableau 3 contient un résumé des conclusions de recherche sur la thérapie, et le tableau 4 décrit les éléments d'un programme d'intervention précoce.

TABLEAU 3

Résumé des recherches sur la thérapie

	CONCLUSIONS	MESURES QUI S'IMPOSENT
1.	Bon nombre de buveurs problèmes ne cherchent jamais à se faire traiter	Utiliser des techniques de dépistage dans divers cadres
2.	Les personnes stables sur le plan social, qui en sont à la phase initiale de la consommation excessive d'alcool ont de meilleures chances de régler leur problème	Mettre l'accent sur le dépistage précoce et sur l'intervention rapide
3.	La gravité de la dépendance à l'égard de l'alcool est une variable déterminante lorsqu'il s'agit de faire un choix entre l'abstinence et la modération	Évaluer le degré de dépendance vis-à-vis de l'alcool
4.	Les thérapies intensives ne sont généralement pas plus efficaces que les interventions de courte durée	Mettre l'accent sur les interventions de courte durée, ne recourir aux thérapies de longue durée que dans des cas très précis

Source: Miller, W.R. & Hester, R.K. Treating the problem drinker: Modern Approaches. In W.R. Miller (ed), The Addictive Behaviors, Oxford: Pergamon Press, 1980.

Skinner, H.A. & Allen, B.A. Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. Journal of Abnormal Psychology, 1982, 91, 199-209.

TABLEAU 4

Stratégie de base pour une intervention précoce

1. Mettre l'accent sur le dépistage précoce
   - Meilleur pronostic dans le cas d'individus stables sur le plan social, qui en sont à la phase initiale de la consommation excessive d'alcool

2. Procéder à une évaluation systématique
   - Déterminer les tendances en matière de consommation d'alcool et de drogue
   - Évaluer le degré de dépendance à l'égard de l'alcool
   - Déterminer l'état de santé et le fonctionnement psychosocial

3. Prévoir une séance de counseling individuel
   - Passer en revue les conclusions de l'évaluation avec le malade et sa famille
   - Montrer les preuves de dégâts physiques rattachés à la consommation d'alcool (par exemple l'augmentation de la GGT, du VGM)
   - Définir les objectifs en matière de consommation (l'abstinence ou la modération)
   - Définir des objectifs dans d'autres secteurs clés
   - Mettre l'accent sur la responsabilité du malade et de sa famille sur le plan de la réalisation des objectifs
   - Aiguiller au besoin les intéressés vers d'autres organismes ou professionnels

4. Distribuer des guides qui reposent sur le concept de l'initiative personnelle

5. Prévoir des séances périodiques de suivi
   - Demander au malade de tenir un registre quotidien de sa consommation d'alcool
   - Surveiller les indicateurs physiques d'une forte consommation (par exemple, GGT)
   - Évaluer les progrès sur le plan de la réalisation des objectifs

Plus ça va, plus on se rend compte que les interventions de courte durée peuvent s'avérer tout aussi efficaces que les thérapies intensives de longue durée. En outre, lorsqu'on a affaire à des personnes stables sur le plan social qui en sont à la première phase de la consommation excessive d'alcool, le pronostic est bien meilleur quel que soit le type d'intervention utilisée.

Source : Skinner, H.A. et Holt, S. Early intervention for alcohol problems. Journal of the Royal College of general Practitioners, 1983, 33, 787-791.

Ainsi, plus ça va, plus on met l'accent sur le dépistage et le traitement précoces des buveurs problèmes. En outre, la gravité de la dépendance à l'égard de l'alcool est apparue comme une variable clé lorsqu'il s'agit de faire un choix entre l'abstinence et la modération. Les personnes qui ont acquis une forte dépendance à l'égard de l'alcool ont plus de chances de réussir si elles se fixent pour objectif l'abstinence totale. Par contre, les buveurs problèmes qui présentent peu ou pas de symptômes de dépendance vis-à-vis de l'alcool ont obtenu de bons résultats en se fixant pour objectif une consommation modérée. Ainsi, un bilan systématique de la situation du buveur est indispensable à la planification de stratégies thérapeutiques efficaces.

La définition des problèmes liés à l'alcool

Le tableau 5 présente un cadre pluridimensionnel qui permet de comprendre quelles sont les variables à considérer dans la définition des nombreuses "facettes" de l'alcoolisme. Bien que les trois dimensions soient reliées, elles sont distinctes sur le plan conceptuel et peuvent ne pas exister simultanément ou avec la même intensité.

TABLEAU 5

Cadre d'évaluation des problèmes liés à l'alcool

Dimension	Bilan de la consommation
I. Genèse de la consommation	
. Fréquence de la consommation . Quantité consommée . Habitudes de consommation (consommation constante contre dipsomanie) . Moment du jour où le sujet boit . Situation qui incite le sujet à boire . Antécédents de consommation	0=abstinence/légère consommation (0 - 1 verre par jour) 1=consommation moyenne (2 - 3 verres par jour) 2=consommation risquée (4 - 6 verres par jour) 3=consommation dangereuse (7 verres ou plus par jour)
II. Syndrome de dépendance	
. Perte de contrôle sur la consommation . Tolérance accrue . Symptômes de sevrage . Tendance à boire de façon compulsive . Tendance à boire pour atténuer les symptômes de sevrage	0=aucun symptôme 1=symptômes légers 2=symptômes moyens 3=symptômes graves
III. Incapacités rattachés à la consommation d'alcool	
. Problèmes biomédicaux Traumatisme Affection du foie Hypertension Pancréatite Symptôme gastro-intestinaux	0=aucun problème 1=problèmes légers 2=problèmes moyens 3=problèmes graves
. Problèmes psychosociaux Absentéisme au travail Mauvais rendement au travail Problèmes familiaux Anxiété et dépression Affaiblissement des facultés intellectuelles Problèmes d'ordre juridique	

Source: Skinner, H.A. Assessing alcohol use by patients in treatment. In R.G. Smart et coll. (eds.), Research Advances on Alcohol and Drug Problems, Vol. 8. New York: Plenum, 1984.

La première dimension concerne les habitudes de consommation de l'intéressé. Au nombre des variables clés figurent la fréquence de consommation, la quantité consommée par épisode, les écarts sur le plan de la consommation (consommation minimale et maximale), les types de boisson, le moment du jour et les situations où le sujet consomme de l'alcool. À l'aide de ces données, il est possible de calculer divers indices pour une période donnée, par exemple le nombre de jours d'abstinence, de jours de consommation faible ou moyenne (moins de 60 grammes d'alcool absolu) et les jours de forte consommation (plus de 60 grammes d'alcool pur). Ces données permettent en outre de déterminer quelles sont les situations qui ont poussé l'intéressé à faire une consommation excessive d'alcool et quelles en étaient les conséquences, par exemple l'absentéisme.

La seconde dimension a trait au syndrome de la dépendance à l'égard de l'alcool qui se caractérise par une perte de contrôle sur la consommation. Il existe d'autres variables importantes, notamment : une tolérance accrue à l'égard de l'alcool, des symptômes de sevrage graves suite à la suppression de l'alcool et une tendance à boire de façon compulsive. Le syndrome de dépendance à l'égard de l'alcool est considéré comme un phénomène dont la gravité évolue selon un continuum. Selon les estimations, en Amérique du Nord, environ 5 à 7 p. 100 de la population masculine satisfait aux critères de la dépendance à l'égard de l'alcool, comme en témoignent les symptômes de sevrage et la perte de contrôle sur la consommation d'alcool.

La troisième dimension recouvre les divers troubles biomédicaux et psychosociaux qui sont associés à un usage excessif d'alcool, par exemple les démêlés avec la justice qui découlent de la conduite en état d'ébriété. On estime que la proportion d'hommes adultes qui font un usage abusif d'alcool sans cependant avoir acquis de dépendance se situerait entre 15 et 35 p. 100. Les problèmes de consommation tendent à être plus fréquents parmi les jeunes hommes chez qui les incapacités rattachées à l'alcool (par exemple les blessures accidentelles) sont souvent liées à des épisodes d'intoxication aiguë.

En résumé, le cadre tridimensionnel est un instrument complet qui permet d'évaluer la nature et la gravité des problèmes de consommation d'alcool d'un individu. La personne qui obtiendrait la cote "grave" d'après chacune des dimensions évaluées présenterait le profil du buveur invétéré chronique. Autrement dit, il s'agirait de quelqu'un qui aurait un long passé de très forte consommation d'alcool (par exemple plus de 60 grammes d'éthanol par jour), qui présenterait des symptômes graves de dépendance à l'égard de l'alcool et aurait accumulé divers problèmes médicaux et psychosociaux liés à l'alcool. Par contre, le buveur qui en est au premier stade de danger se caractériserait par une consommation excessive d'alcool à certaines occasions seulement, présenterait peu ou pas de symptômes de dépendance et peut n'avoir aucun problème médical ou psychosocial rattaché à l'alcool, si ce n'est un épisode de conduite en état d'ébriété. Ainsi, le cadre exposé au tableau 5 peut être un moyen rapide (1) de faire le bilan de la situation de la personne et (2) de planifier des services thérapeutiques efficaces.

Conclusion

Cette étude a donné un aperçu des principales conclusions de recherche en matière de prévention et de traitement des problèmes liés à l'alcool. Elle a proposé une stratégie de prévention primaire qui met l'accent sur la coordination des efforts entre les ministères, les professionnels et les organismes communautaires. Elle a fait ressortir que sur le plan de la thérapie, les recherches effectuées récemment ont sous-estimé l'importance des interventions de courte durée auprès de personnes "à risque". Les médecins de famille, les infirmières et les professionnels des services sociaux sont particulièrement bien placés pour reconnaître les personnes qui font un usage excessif d'alcool sans toutefois présenter de symptômes graves de dépendance. Les programmes d'intervention de courte durée mis en oeuvre par les professionnels en leur qualité de généralistes peuvent s'avérer une solution très rentable auprès des quelque 20 p. 100 de Canadiens qui font partie des personnes à risque. En outre, chaque collectivité doit pouvoir accéder à des services thérapeutiques plus intensifs et spécialisés pour les "alcooliques" (5 à 7 p. 100 des Canadiens) qui présentent des symptômes graves de dépendance à l'égard de l'alcool. Le véritable défi que représente la lutte contre les problèmes liés à l'alcool réside dans la coordination d'efforts soutenus, axés sur trois populations distinctes : (1) les buveurs normaux, (2) les buveurs à risque et (3) les alcooliques.

Références

Généralités

Alcohol and Alcoholism. Report of a Special Committee of the Royal College of Psychiatrists. London: Tavistock Publications, 1979.

Holt, S., et Skinner, H.A. Confronting Alcoholism. Canadian Medical Association Journal, 1982, 126, 351-352.

Kendall, R. E. Alcoholism: A medical or a political problem. British Medical Journal, 1979, 1, 367-371.

Nobel, E. P. (Ed.) Third Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, M.D., 1978.

Statistical Supplement to the Annual Report 1979-80, Addiction Research Foundation of Ontario. Toronto, 1981.

The Pattern and Range of Services for Problem Drinkers. Report by the Advisory Committee on Alcoholism, Professor W.I.N. Kessel (Chaiman). Department of Health and Social Security. Londres (Angleterre), 1978.

Coûts rattachés à l'usage abusif de l'alcool

Luce, B. R., et Schweitzer, S. O. Smoking and alcohol abuse: A comparison of their economic consequences. New England Journal of Medicine, 1978, 298, 569-571.

Ouellet, B. L., Romeder, J. M., et Lance, J. M. Premature mortality attributable to smoking and hazardous drinking in Canada. American Journal of Epidemiology, 1979, 109, 451-463.

Schmidt, W., et Popham, R. E. Heavy alcohol consumption and physical health problems: A review of the epidemiological evidence. Drug and Alcohol Dependence, 1975/76, 1, 27-50.

Prévention primaire

Alcohol: Public Education and Social Policy. A.R.F. Task Force Report, H. J. Schankula (Chairman). Toronto: Addiction Research Foundation, 1981.

Moser, J. Prevention of alcohol-related problems. Toronto: Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1980.

Schmidt, W., et Popham, R. E. Alcohol problems and their prevention: A public health perspective. Toronto: Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1980.

Vingilis, E. et Smart, R. G. Effects of raising the legal drinking age in Ontario. British Journal of Addiction, 1981, 76, 415-424.

Dépistage précoce et intervention de courte durée

Holt, S., Skinner, H. A., et Israel, Y. Early identification of Alcohol abuse: 2. Clinical and laboratory indicators. Canadian Medical Association Journal, 1981, 124, 1279-1295.

Skinner, H. A. et Holt, S. Early intervention for alcohol problems. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1983, 33, 787-791.

Skinner, H. A., Holt, S. et Israel, Y. Early identification of alcohol abuse: 1. Critical issues and psychosocial indicators for a composite index. Canadian Medical Association Journal, 1981, 124, 1141-1152.

Recherche sur la thérapie

Edwards, G., et coll. Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and "advice". Journal of Studies on Alcohol, 1977, 38, 1004-1031.

Miller, W. R. et Hester, R. K. Treating the problem drinker: Modern approaches. In W. R. Miller (Ed.), The addictive behaviors. Oxford: Pergamon Press, 1980.

Ogborne, A. C. Patient characteristics as predictors of treatment outcomes for alcohol and drug abusers. In Y. Israel et al. (Eds.), Research advances in alcohol and drug problems, Vol. 4, New York: Plenum, 1978.

Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Burnet, A. R. et MacDonald, K. R., Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1984, 52, 390-403.

Polich, J. M., Armor, D. J., et Braiker, H. B. The Course of Alcoholism: Four Years After Treatment. New York: Wiley, 1981.

Évaluation des problèmes liés à l'alcool

Edwards, G. et Gross, M. M. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical sydrome. British Medical Journal, 1976, 1, 1058-1061.

Edwards, G., Gross, M. M., Keller, J., Moser, J. et Room, R. Incapacités liées à la consommation d'alcool. Rapport du groupe de travail de l'OMS. Publications n° 32, Genève: Organisation mondiale de la Santé, 1977.

Hodgson, R. J. The alcohol dependence syndrome: A step in the wrong direction? British Journal of Addiction, 1980, 75, 255-263.

Skinner, H. A. Assessing alcohol use by patients in treatment. In R. G. Smart et al. (Eds.), Research advances in alcohol and drug problems, Vol. 8. New York: Plenum, 1984.

Skinner, H. A. et Allen, B. A. Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. Journal of Abnormal Psychology, 1982, 91, 199-209.

COMPARAISON DES RÉSEAUX DE SOINS DESTINÉS AUX PSYCHOTIQUES CHRONIQUES

BRENDA WATTIE
Directeur de la Division de la santé mentale

RÉSUMÉ

Des enquêtes ont été menées auprès de 182 schizophrènes dans quatre provinces canadiennes. On a pu ainsi recueillir des éléments d'information sur divers attributs démographiques et socio-économiques, notamment les conditions de vie du moment et l'état fonctionnel et le bien-être du malade.

On a observé des différences d'un réseau et d'un sexe à l'autre, à savoir que les conditions de vie étaient plus favorables et la maladie connaissait une issue plus heureuse chez les femmes, les malades ayant plus facilement accès au transport et aux ressources communautaires et les malades qui maintiennent le contact avec les pourvoyeurs de soins de santé, plus particulièrement les médecins.

Une étude de suivi a été réalisée auprès de 182 malades schizophrènes, dans quatre provinces du Canada, à savoir deux provinces de l'Ouest, une province du Centre et une province de l'Est, avec le concours des responsables provinciaux aux quatre coins du pays. Un fonctionnaire fédéral a donc pu oeuvrer auprès des provinces, visiter divers services provinciaux et travailler avec des spécialistes du domaine dans les quatre provinces, dans un esprit de collaboration exceptionnel. En outre, ce sont essentiellement les provinces qui ont assumé les coûts des travaux réalisés sur le terrain. La responsabilité fédérale a consisté surtout à coordonner l'ensemble du projet, à analyser les données et à regrouper les résultats, avec le concours précieux des personnes concernées d'un bout à l'autre du pays. Ce fut un exemple de coopération fédérale-provinciale assez extraordinaire, et l'auteur en remercie vivement les provinces concernées.

Il faudrait en outre souligner l'apport d'un grand nombre de personnes qu'il serait trop long d'énumérer ici. Je me contenterai donc de mentionner les conseils judicieux du docteur Henry Kedward du Clarke Institute, le travail acharné, le soutien et les conseils du docteur John Clayton, conseiller en psychiatrie auprès de la Division de la santé mentale, l'aide précieuse, l'encouragement et les idées créatrices du docteur Roger Bland, président du symposium et directeur des services cliniques de la province de l'Alberta, l'aide et le soutien du docteur Colin Lipscomb, directeur régional du service psychiatrique de Saskatoon. Je tiens également à exprimer ma gratitude au personnel des universités et des établissements de soins aux quatre coins du pays, aux personnes qui ont réalisé les travaux sur le terrain et bien d'autres qui ont fourni aide et conseils, facilitant ainsi la poursuite de cette enquête.

Tableau 1

Un groupe de 182 schizophrènes ayant fait l'objet d'une étude de suivi en fonction de diverses variables

Le tableau 1 expose les grandes lignes du projet. Nous avons convoqué un groupe de 182 malades à des entrevues de suivi et recueilli les données qui figurent dans ces trois colonnes. La première colonne contient des données démographiques, notamment l'état civil et le niveau de revenu; la deuxième a trait aux caractéristiques des réseaux de soins. Étant donné la grande diversité de programmes de soins qui existent au Canada, on s'est attaché à déceler les différences entre les réseaux de soins dans les quatre provinces. Le Canada est un pays privilégié à cet égard et représente un terrain d'expérimentation naturel pour l'établissement de comparaisons entre divers programmes de traitement, de soutien et de soins offerts aux malades. La troisième colonne indique les paramètres d'évaluation de l'issue de la maladie utilisés au moment de l'entretien de suivi.

Figure 1

Modèles de soins

Le docteur Clayton illustre à l'aide de ce petit dessin ce qui, dans notre esprit, était considéré comme deux extrémités d'un continuum, à savoir le modèle relativement traditionnel de soins, qui repose sur le concept d'un vaste hôpital doté de son service de consultations externes et de son service d'urgences, par opposition à un immeuble à bureaux situé au centre-ville, avec un centre de santé mentale installé sur un étage. Bien entendu, nous nous rendions bien compte que les démarcations ne sont pas toujours aussi nettes.

Tableau 2

Solutions possibles en matière de soutien et de soins prolongés

Nous voulions étudier les différentes options offertes en matière de soins et les différents types de professionnels concernés. Nous nous sommes posé les questions suivantes : Qui voit les malades? Qui est en contact avec eux aux différentes phases de l'évaluation et de la thérapie? Qui les voit pendant la période de postobservation? Quelle est la personne qui leur dispense en permanence l'appui et les soins nécessaires dans la collectivité? Les réponses à ces questions sont multiples, comme l'indique le tableau 2 - le psychiatre seulement, le médecin de famille, une équipe pluridisciplinaire, ainsi que différents groupes professionnels tels que les infirmières, les travailleuses sociales, les psychologues et les ergothérapeutes, qui ont chacun leur mode très particulier de prestation de services spécialisés. Si l'on considère les choses sous un autre angle, on peut dire que le maintien dans la collectivité peut se faire par des moyens très divers : le malade peut demeurer en contact avec le service thérapeutique initial, il peut être orienté vers un service

de santé communautaire; il peut être adressé aux services sociaux. Il est également possible qu'aucun effort ou presque ne soit déployé en vue de suivre le malade après la période où il a reçu des soins aigus.

Figure 2

Distribution des sorties de l'hôpital, selon certains diagnostics, Canada, 1978

La figure 2 repose sur les données de Statistique Canada. Elle indique la distribution des sorties de l'hôpital, selon certains diagnostics, au Canada, et explique en partie pourquoi nous avons choisi comme cible ce groupe précis de malades. En effet, si nous avons décidé d'étudier le groupe des schizophrènes, qui est désigné par le chiffre 2, c'est bien évidemment parce qu'il occupe une place de choix à l'intérieur du graphique. Il faut souligner que ce chiffre repose sur les diagnostics posés officiellement au moment de la sortie de l'hôpital. Ces diagnostics, sur lesquels sont fondées les données de Statistique Canada, n'étaient sans doute pas toujours compatibles avec les plus récentes catégories diagnostiques établies dans le DSM-III, mais ils donnent cependant une idée du fardeau relatif que représente le groupe des schizophrènes pour le réseau de soins de santé au Canada.

Figure 3

Distribution en pourcentage des sorties de l'hôpital, selon certains diagnostics, dans les hôpitaux psychiatriques publics et les unités psychiatriques d'hôpitaux généraux, Canada, 1978

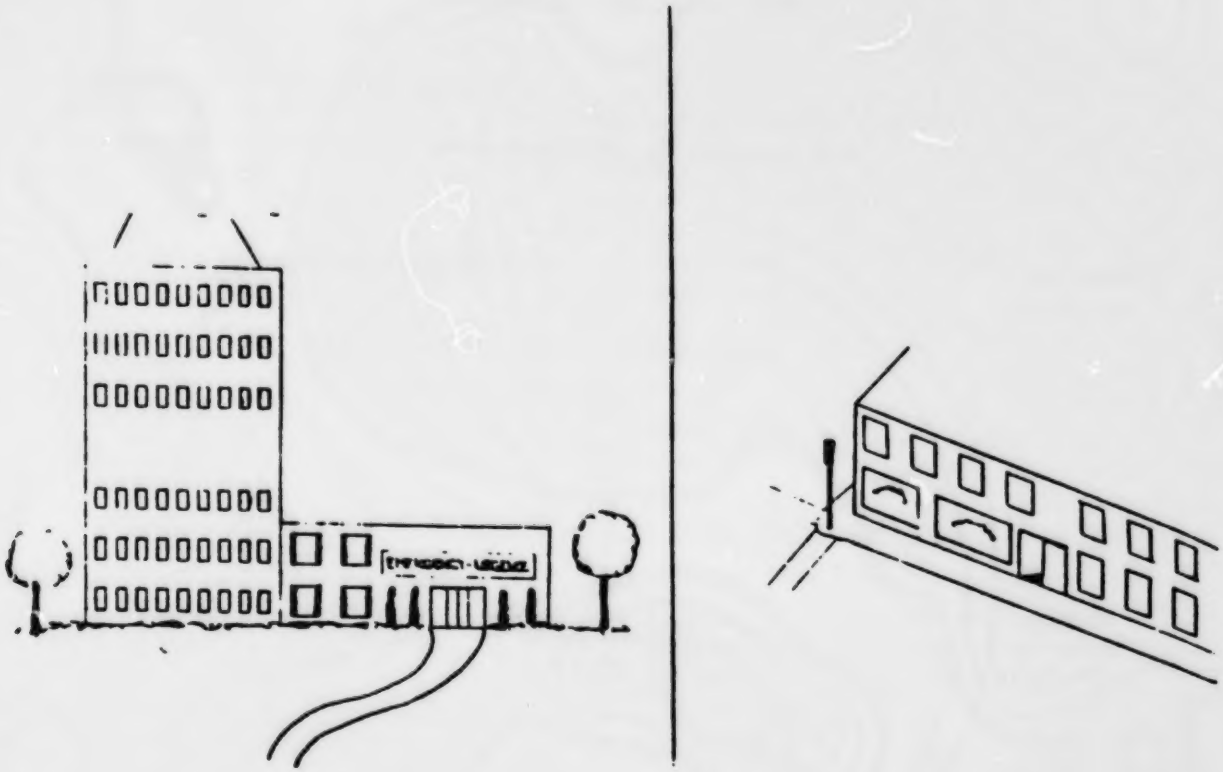
La figure 3 est aussi fondée sur les données de Statistique Canada et montre la répartition du groupe de malades schizophrènes (encore une fois désigné par le chiffre 2) entre les hôpitaux psychiatriques publics (selon la terminologie de Statistique Canada) - colonne blanche - et les unités psychiatriques d'hôpitaux généraux - colonne noire. Si on le compare au groupe n° 5 (les névrosés), on s'apercevra que les schizophrènes sont beaucoup plus susceptibles d'être traités dans des hôpitaux psychiatriques que dans des hôpitaux généraux, alors que l'inverse est vrai pour le groupe de névrosés. Ces chiffres ont déterminé en grande partie notre choix des schizophrènes comme groupe cible.

TABLEAU 1

Un groupe de 182 schizophrènes ayant fait l'objet d'une étude de suivi d'après les variables suivantes :

Sexe	Aiguillage	Activités habituelles
État civil	Évaluation-diagnostic	Compétence professionnelle
Niveau de revenu	Modalités thérapeutiques	Soins personnels
Conditions de logement	Professionnels mis à contribution	Autonomie
	Médicaments	Sociabilité
	Nombre de jours d'occupation de lits d'hôpitaux	Symptômes résiduels
	Réadaptation	Satisfaction à l'égard des soins

FIGURE 1



MODÈLES DE SOINS

TABLEAU 2

Options en matière de soutien et de soins prolongés

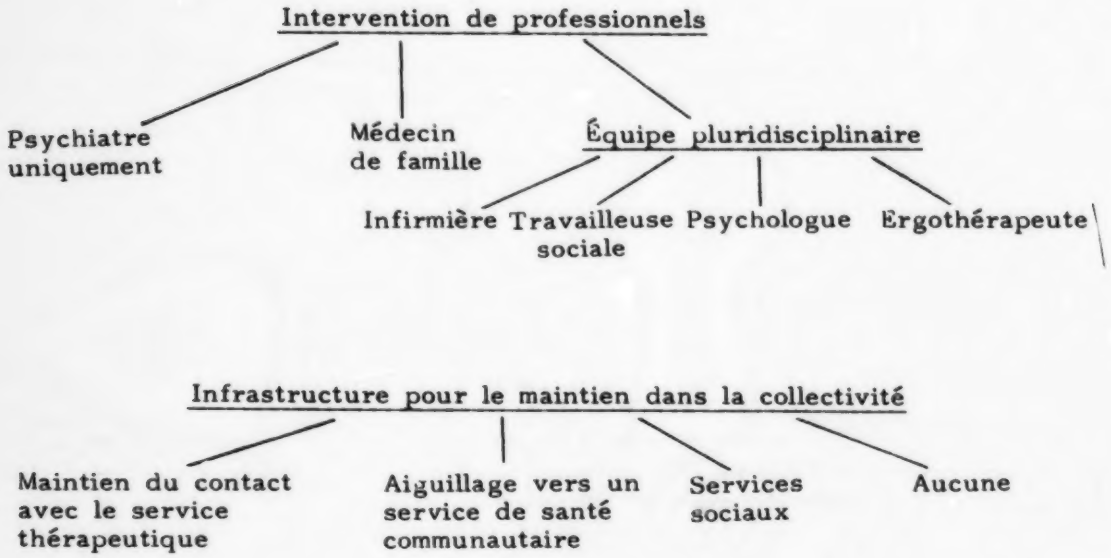
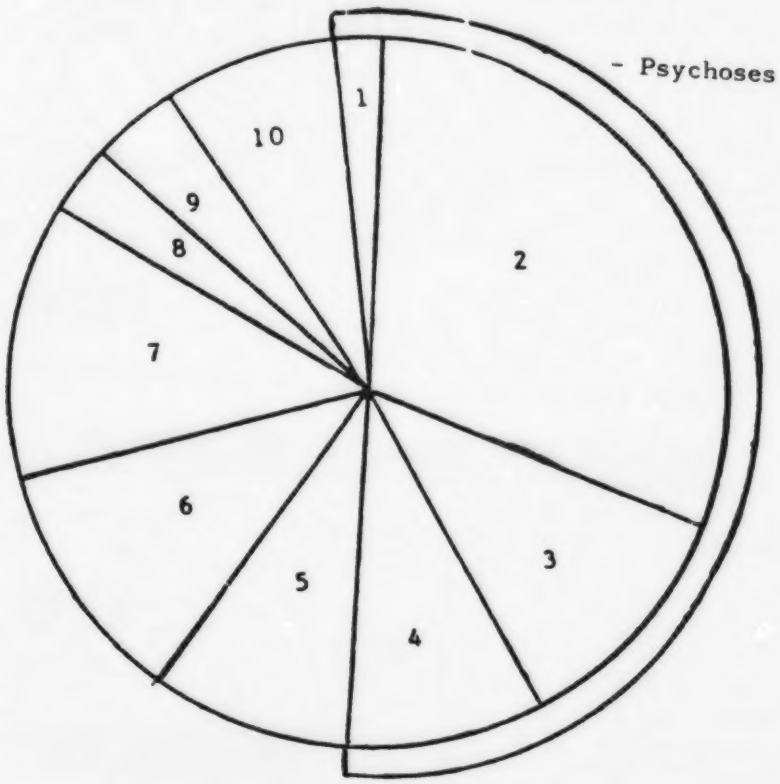


FIGURE 2

Répartition des sorties de l'hôpital, selon certains diagnostics, Canada, 1978

Hôpitaux psychiatriques publics
Dans : La statistique de l'hygiène mentale - Statistique Canada, vol. 1, admissions et radiations, 1978 (82-204)



1 Psychoses associées à une infection intracrânienne

2 Schizophrénie

3 Troubles affectifs

4 Autre, sans précision

5 Névroses

6 Troubles de la personnalité

7 Alcoolisme

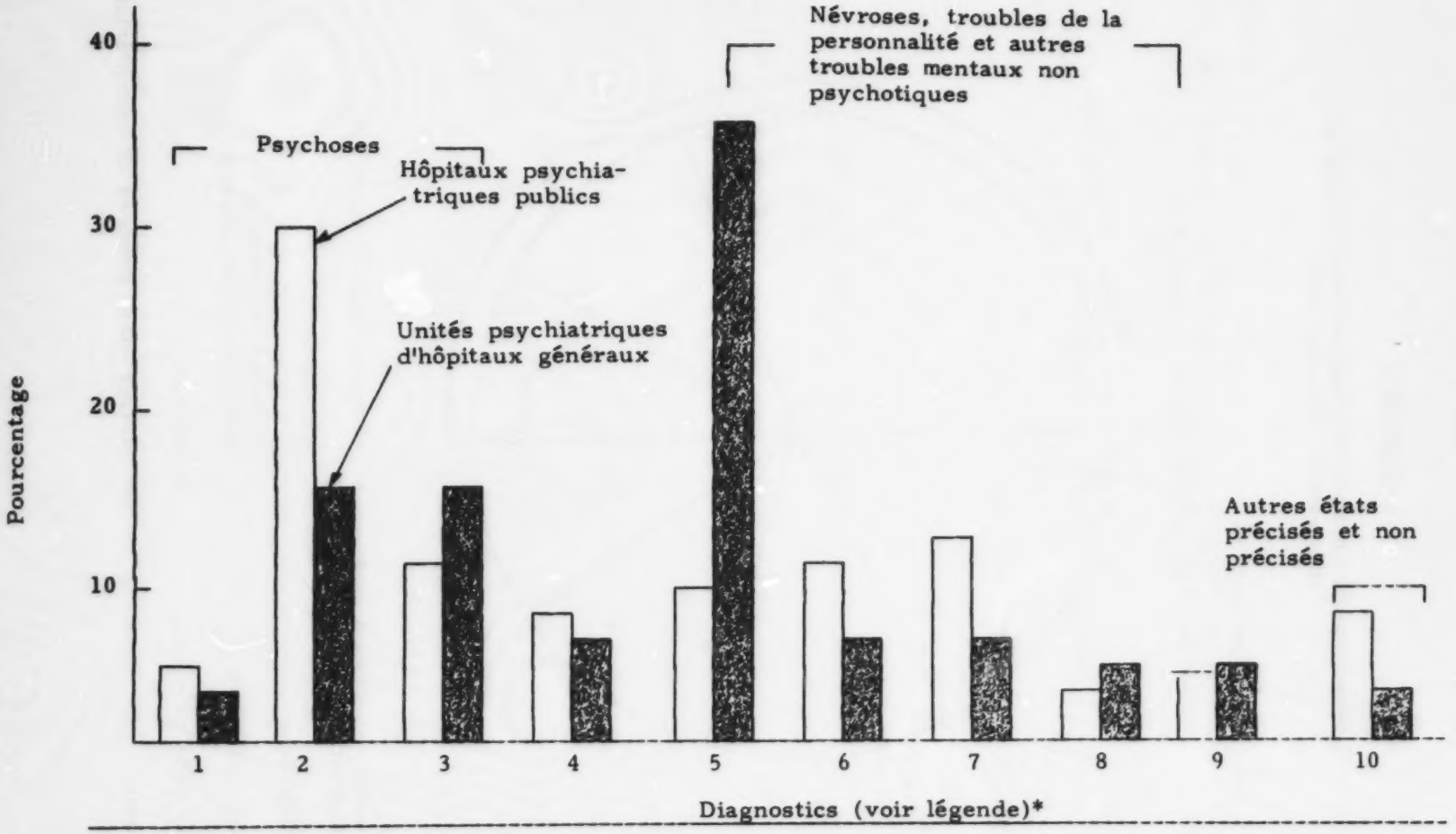
8 Troubles transitoires rattachés à une situation

9 Autres

10 Autres états précisés et non précisés

FIGURE 3

Distribution en pourcentage des sorties de l'hôpital, selon certains diagnostics, entre les hôpitaux psychiatriques publics et les unités psychiatriques d'hôpitaux généraux, Canada, 1978



* Légende

1. Psychoses associées à une infection intracrânienne et à d'autres affections cérébrales
2. Schizophrénie
3. Psychoses affectives
4. Autres types de psychoses non précisés
5. Névroses
6. Troubles de la personnalité
7. Alcoolisme
8. Troubles transitoires rattachés à une situation
9. Autres

Le groupe cible de malades schizophrènes a été choisi à partir des dossiers médicaux dans chacune des quatre localités concernées. Il s'agissait en outre de malades dont l'âge variait de 18 à 62 ans, et qui avaient fait l'objet d'une intervention pas moins de 18 mois et pas plus de 10 ans avant l'évaluation. Nous avons ensuite appliqué rétrospectivement à ce groupe les critères diagnostics qui figurent à l'annexe A. Nous avons dû procéder de la sorte pour que les quatre échantillons soient comparables du point de vue de la maladie. Nous avons ensuite examiné les interventions d'origine sociale, autrement dit les soins de santé, les services sociaux et le maintien dans la collectivité. Nous avons examiné le bien-être des sujets au moment du suivi, leurs conditions de vie et, enfin, nous avons déterminé leur état général de fonctionnement en appliquant les paramètres les plus concrets, les plus facilement observables et les moins discutables et subjectifs possible.

Nous avons eu la chance énorme de pouvoir compter, pour les entrevues menées sur le terrain, sur un groupe qui comprenait des infirmières spécialisées en psychiatrie, des travailleuses sociales et une diététicienne qui ont fait de l'excellent travail sur le terrain pour recueillir des données essentielles à l'étude. Le tableau 3 rend compte de ces données qui sont réparties en trois groupes.

Tableau 3

Données recueillies sur les composantes de la thérapie et des soins

Le premier groupe de données a trait aux facteurs rattachés aux premiers contacts avec le réseau de soins, la source d'orientation, les professionnels préposés à l'évaluation et au diagnostic, au moment où le client entre en contact avec le réseau.

Le second groupe de données est rattaché à la phase de soins actifs, notamment le mode de thérapie (psychothérapie, chimiothérapie, électrochocs, etc.), la désignation professionnelle du principal thérapeute, la nature du milieu thérapeutique et la durée du séjour à l'hôpital, par épisode et au total. L'information recueillie sur les composantes de la réadaptation touchait à la planification de la réadaptation (par exemple, quels étaient les professionnels concernés), consistait à savoir si une aide professionnelle était mise à la disposition du malade, quel est le type d'organisme avec lequel le malade est en contact au moment du suivi, quels sont les professionnels qui sont en relation suivie avec le malade et quelle est la dose actuelle de neuroleptiques absorbée.

La figure 4 montre la contribution relative des divers professionnels de la santé mentale à l'évaluation et au diagnostic. Comme on peut le constater, ce sont les psychiatres qui représentaient le principal groupe de professionnels a avoir joué un rôle sur le plan du diagnostic. Les données ont ceci d'intéressant qu'elles montrent les différences de proportion entre les membres des professions non médicales, et d'où il ressort que les infirmières arrivent en tête de liste, suivies des travailleuses sociales, tandis que les psychologues semblent intervenir pour très peu dans le diagnostic et l'évaluation des

malades. Cela est d'autant plus étonnant du fait qu'on s'attendrait normalement des psychologues qu'ils s'occupent de l'aspect psychométrique et qu'ils laissent des comptes rendus écrits des tests psychométriques.

TABLEAU 3

Données recueillies sur les composantes de la thérapie et des soins

Premiers contacts avec le réseau médico-hospitalier

Source d'aiguillage
Professionnels ayant pris part au diagnostic
Temps écoulé depuis le diagnostic

Données recueillies sur les composantes de la thérapie et des soins

Phase de soins actifs

Mode de thérapie
Principal thérapeute
Milieu thérapeutique
Durée du séjour à l'hôpital

Information recueillie sur les composantes de la thérapie et des soins

Réadaptation

Planification de la réadaptation
Orientation professionnelle
Organisme actuellement en contact avec l'intéressé
Professionnel actuellement en contact avec l'intéressé
Quantité actuelle de médicaments consommés

Figure 4

Participation relative des professionnels au diagnostic

La figure 5 indique les proportions relatives de professionnels considérés comme étant les principaux thérapeutes.

FIGURE 4

Contribution relative des professionnels au diagnostic

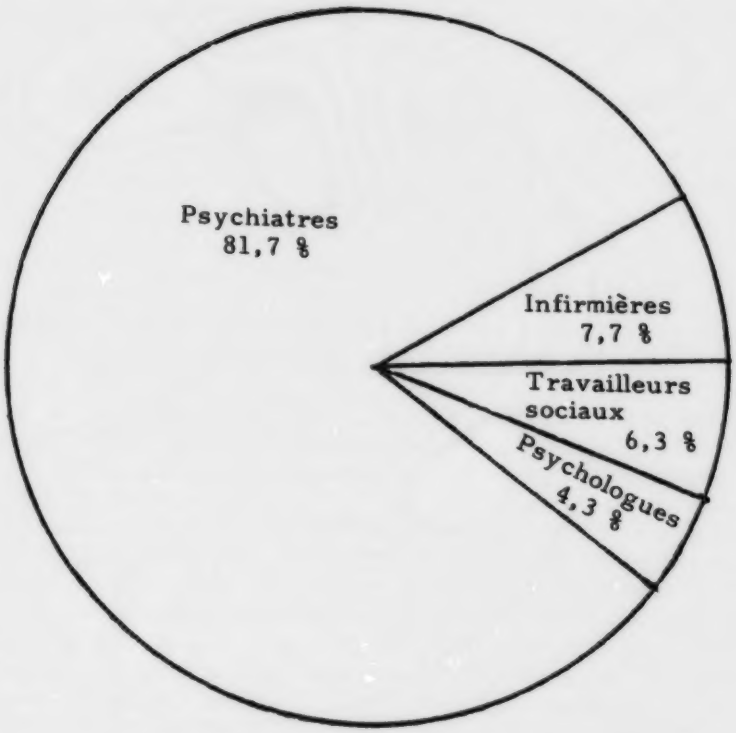


FIGURE 5

Proportions relatives des professionnels considérés comme les principaux thérapeutes

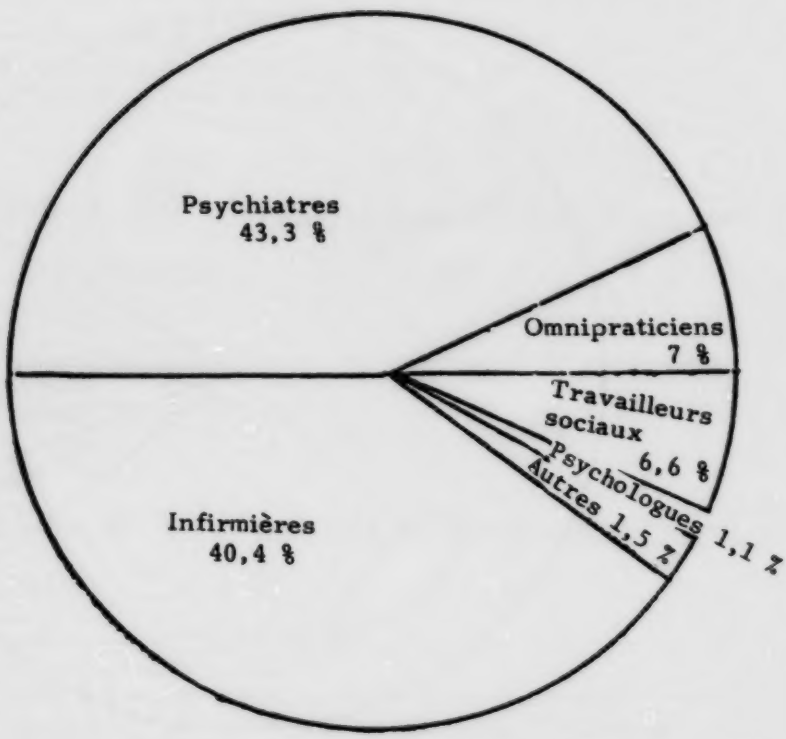


Figure 5

Proportions relatives des professionnels considérés comme étant les principaux thérapeutes

Ici encore, on constate que les infirmières sont majoritaires parmi les non-psychiatres. Ici, cependant, les généralistes jouent également un rôle assez important. Une fois de plus, l'intervention des psychologues semble très négligeable. Dans la catégorie "Autre", on retrouve par exemple les ergothérapeutes et les spécialistes de l'orientation professionnelle.

Ces données sont tirées d'une analyse rétrospective des épisodes de soins, qui porte sur un maximum de trois épisodes.

La figure 6 indique la proportion de professionnels qui, au moment du suivi, se sont révélés être en contact régulier avec les malades. Ces données revêtent un intérêt particulier si l'on considère que les facteurs rattachés au maintien dans la collectivité jouent un rôle déterminant sur les plans du bien-être et du fonctionnement actuel des sujets.

Figure 6

Proportions relatives des professionnels qui maintiennent le contact avec le malade dans la collectivité

Dans ce cas, on pouvait se livrer à deux types d'exploitation statistique, étant donné qu'on voulait montrer l'intervention proportionnelle des professionnels. Ainsi, par exemple, un malade pouvait être suivi souvent et régulièrement par une infirmière, soit une fois par semaine, et moins souvent quoique tout aussi régulièrement par un psychiatre, soit tous les trois mois. Le tableau qui se dessine ici est identique à celui qui s'appliquait aux deux groupes de données précédents, à savoir que les infirmières dominent très nettement parmi les professions paramédicales qui oeuvent auprès des malades et que les soins sont dispensés surtout par des psychiatres, des omnipraticiens et des infirmières. Les omnipraticiens semblent jouer un rôle important sur le plan du maintien d'un contact suivi avec les malades. Par contre, la proportion de travailleurs sociaux (2,7 p. 100) qui maintiennent un contact avec les malades est étonnamment faible, alors qu'on aurait pu s'attendre à ce qu'ils soient plus nombreux à offrir une aide suivie aux malades chroniques dans la collectivité. Ici, comme aux autres étapes de la thérapie et des soins, l'intervention des psychologues auprès de ce groupe de malades semble être minime.

Un groupe important de données dégagées avait trait aux écarts observés entre les sexes. Le tableau 4 indique la répartition par âge et par sexe des malades interviewés.

Tableau 4

Nombre de malades interviewés, âgés de 18 à 62 ans, répartis selon l'âge et le sexe

On notera dans le groupe d'âge des 20 à 29 ans le nombre important d'hommes par rapport aux femmes alors que l'inverse est vrai lorsqu'on parvient au groupe d'âge des 50 ans et plus. Comme il s'agit d'une étude rétrospective, ces données ne sont pas représentatives de l'âge des sujets au moment où ils utilisent pour la première fois le réseau médico-hospitalier; elles indiquent plutôt que la maladie survient plus tardivement chez les femmes. La figure 6 livre les mêmes éléments d'information sous forme de graphique.

FIGURE 6

Proportions relatives des professionnels qui maintiennent le contact avec les malades dans la collectivité

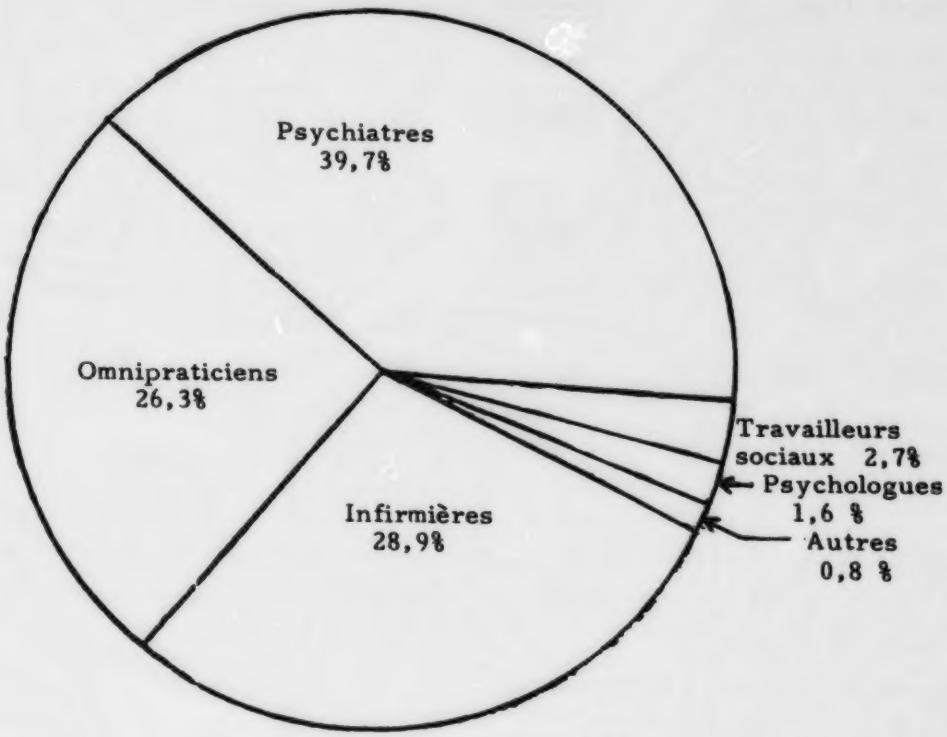


TABLEAU 4

Nombre de malades interviewés, âgés de 18 à 62 ans, selon l'âge et le sexe

Groupes d'âge	Hommes	Femmes	Total
< 20	3	4	7
20-29	56	17	73
30-39	22	21	43
40-49	20	14	34
50-62	8	17	25
TOTAL	109	73	182

FIGURE 6

Malades interviewés, selon l'âge et le sexe

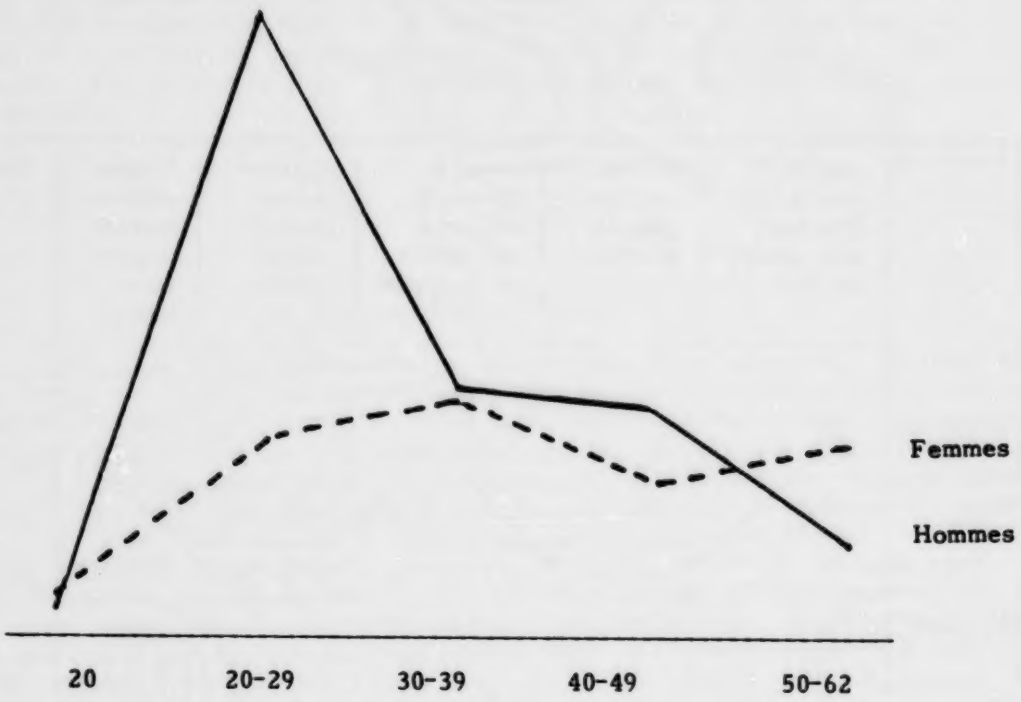


TABLEAU 5

État civil selon le sexe

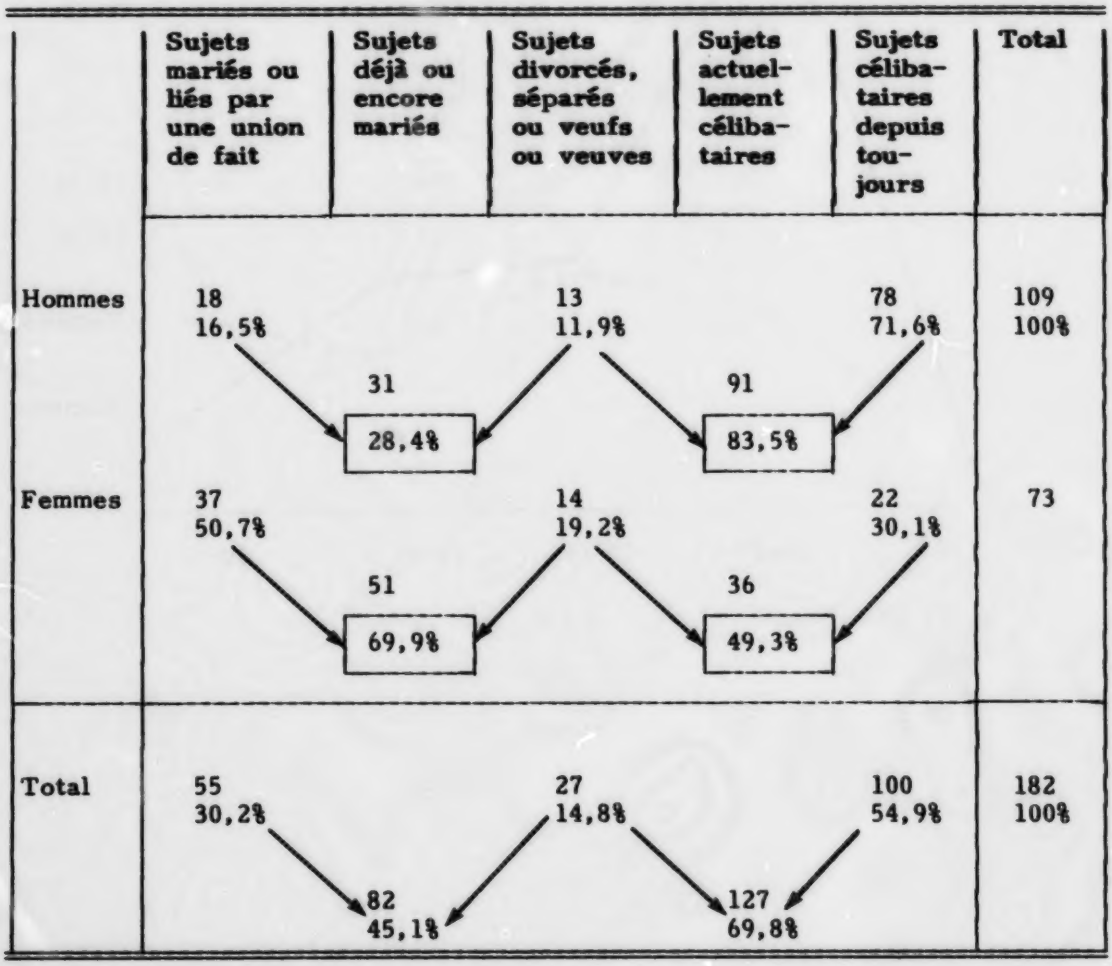


Figure 6

Malades interviewés selon l'âge et le sexe

Comme on peut voir ici, la proportion de femmes augmente avec l'âge, ce qui indique presque un effet de bipolarité. La crête observée chez les hommes de 20 à 29 ans et l'apparition plus tardive chez la femme sont des constantes que l'on retrouve dans la plupart des études épidémiologiques sur les schizophrènes.

Le tableau 5 donne un aperçu de l'état civil des malades interviewés, selon le sexe.

Tableau 5

État civil selon le sexe

La différence entre les hommes et les femmes est frappante. Le total des sujets "déjà ou encore mariés" s'obtient en additionnant les colonnes "sujets mariés" et "liés par une union de fait" et "sujets séparés ou veufs ou veuves" pour connaître le nombre et la proportion des sujets qui étaient seuls au moment de l'entrevue de suivi, on a additionné la colonne des "sujets divorcés, séparés, veufs ou veuves" et des "sujets célibataires depuis toujours". Comme on peut le voir, 70 p. 100 des femmes malades étaient mariées ou l'avaient déjà été alors que la proportion n'était que de 28 p. 100 chez les hommes. Autre fait étonnant, 83 p. 100 des hommes étaient célibataires au moment de l'entretien de suivi, alors que chez les femmes, la proportion était de 50 p. 100. Cette différence se traduit dans les conditions de vie dont fait état le tableau suivant, le tableau 6, qui nous montre que le revenu du ménage des hommes malades est sensiblement inférieur à celui de leurs pendants féminins.

Tableau 6

Différences de condition de vie selon le sexe, exprimées sous forme de pourcentage (variables I)

Il apparaît que le revenu du ménage était égal ou inférieur au niveau de l'assistance sociale, pour 48,6 p. 100 des hommes contre 20 p. 100 seulement des femmes. Dans le groupe de ceux dont le revenu était supérieur à 34 000 $, seul 1,8 p. 100 des sujets masculins étaient représentés, alors que la proportion était de 5,5 p. 100 chez les femmes, et l'écart entre le niveau de revenu moyen des deux sexes est significatif au niveau de confiance de 5 p. 100.

Si l'on regroupe ces données avec celles du tableau qui porte sur l'état civil, on est amené à conclure qu'en règle générale l'homme malade a un niveau de revenu qui correspond à sa propre capacité de gain, alors que la femme malade est plus susceptible d'appartenir à un ménage dont le principal revenu ne correspond pas à sa propre capacité de gain. La faible proportion d'hommes vivant dans des ménages dont le niveau de revenu était supérieur à

34 000 $ était composée exclusivement de jeunes gens qui vivaient chez leurs parents. Si l'on fait abstraction de ces sujets, l'écart de revenu entre les sexes devient encore plus accentué.

On observe le même écart sur le plan de l'état civil lorsqu'on examine le nombre d'hommes et de femmes qui vivent avec des parents et des étrangers.

Tableau 7

Différences observées selon le sexe (exprimées en pourcentage) sur le plan des conditions de vie (variables II)

On a constaté que 75,3 p. 100 des femmes malades habitaient avec des parents, alors que la proportion était de 52 p. 100 chez les hommes. Par contre, 37,6 p. 100 des hommes vivaient avec des non-parents, par opposition à 12,3 p. 100 chez les femmes. Ces chiffres rendent compte d'un phénomène important, à savoir que bon nombre de gens qui vivaient auprès de non-parents vivaient dans un foyer de soins spéciaux, des résidences de groupe ou un type quelconque de milieu protégé.

Le tableau suivant (tableau 8) qui porte sur le type de logement indique aussi une différence entre les hommes et les femmes.

Tableau 8

Différences (sous forme de pourcentage) d'un sexe à l'autre, sur le plan des conditions de vie (variables III)

Il ressort de ce tableau que les hommes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes de vivre dans des résidences ou dans des chambres individuelles. Cette dernière solution était souvent adoptée par les autorités locales à l'égard des malades chroniques. Là encore, on constate une différence entre les sexes sur le plan des conditions de vie, en ce sens qu'il existe une bien plus forte proportion de femmes qui vivent dans des foyers tenus par une seule famille et dans des foyers qui leur appartiennent ou qui appartiennent à leur conjoint.

Les différences entre les sexes pourraient se résumer ainsi :

- Dans l'ensemble, il existe une plus forte proportion d'hommes que de femmes schizophrènes.
- La maladie semble se manifester plus tôt chez les hommes.
- On observe moins souvent des hommes qui :
  - ont un conjoint;
  - ont déjà été mariés à un moment donné de leur vie;
  - vivaient en milieu familial au moment du suivi.
- Il arrive plus souvent que les hommes :
  - appartiennent à un ménage dont le revenu est faible;
  - soient logés modestement;
  - vivent dans une résidence ou un milieu résidentiel prévu par les autorités locales.

TABLEAU 6

Conditions de vie: écarts selon le sexe, exprimés en pourcentage

	Hommes	Femmes	Tous les malades
Revenu du ménage			
Égal ou inférieur au niveau de l'assistance sociale	48,6	20,5	37,4
Supérieur à 34 000 $	1,8	5,5	3,3

Revenu moyen

	Hommes	Femmes	
Revenu moyen	11 551	14 726	12 824

TABLEAU 7

Différences (exprimées en pourcentage) d'un sexe à l'autre, sur le plan des conditions de vie (variables II)

	Hommes	Femmes	Tous les malades
Pourcentage de sujets vivant avec des parents	52,3	75,3	61,5
Pourcentage de sujets vivant avec des non-parents	37,6	12,3	27,5
Pourcentage de sujets ayant déjà été mariés	28,4	69,9	45,1
Pourcentage de célibataires au moment du suivi	83,5	49,3	69,8

TABLEAU 8

Différences (sous forme de pourcentage) entre les sexes, sur le plan des conditions de vie (variables III)

	Hommes	Femmes	Tous les malades
Pourcentage de sujets vivant dans des foyers tenus par une seule famille	49,5	67,1	57,1
Pourcentage de sujets vivant dans un logement qui leur appartient ou qui appartient à leur conjoint	14,7	41,1	25,3
Pourcentage de sujets vivant dans des chambres individuelles	15,6	4,1	11,0
Pourcentage de sujets vivant en milieu résidentiel	16,5	4,1	11,5

L'écart statistiquement significatif observé entre les sexes pour cette série de variables montre que la femme schizophrène est nettement avantagée par rapport à l'homme, sur le plan du mode de vie.

Une autre différence que l'étude fait apparaître entre les deux sexes avait trait à l'évaluation de l'issue de la maladie, qui a montré que les hommes étaient devancés par les femmes sur tous les plans, sauf celui de l'activité physique. Voici la liste des paramètres utilisés.

Paramètres d'évaluation de l'issue de la maladie	
Performance au travail ou au foyer	Vie sociale
Soins personnels	Présence/absence de symptômes
Autonomie	Satisfaction et assurance actuelles
Activité physique	Weissman S.A.S.

Le tableau suivant indique les différences entre les scores moyens, selon le sexe, et d'après des mesures globales du fonctionnement.

Tableau 9

Paramètres d'évaluation de l'issue de la maladie : différences selon le sexe

Il importe de faire ressortir que ces différences entre les sexes s'appliquent précisément au groupe des schizophrènes et ne devraient pas être extrapolées à d'autres groupes de malades.

Pour l'ensemble du groupe, les variables rattachées à une issue positive étaient les suivantes : le sexe féminin; le statut de conjoint (actuel ou passé); le contact avec ses propres enfants; une situation socio-économique privilégiée; la lecture; la facilité d'accès aux moyens de transport, au téléphone, aux magasins et aux centres récréatifs; les brefs séjours à l'hôpital; le contact suivi avec les organismes de santé; le contact suivi avec les médecins; l'appartenance à l'une des quatre infrastructures de soins.

Il est intéressant de noter que le rapport entre les variables étaient significatifs dans 8 cas sur 8 pour ce qui est des contacts suivis et du maintien dans la collectivité; alors que le rapport était de 1 sur 6 lorsqu'il était question de sortie de l'hôpital et de planification et de 3 sur 12 lorsqu'il s'agissait des phases de soins aigus.

TABLEAU 9

Différences selon les sexes sur le plan des paramètres d'évaluation de l'issue de la maladie

Paramètre global	Score moyen		Niveau de probabilité d'une différence entre les sexes
	Hommes	Femmes	
Présence de symptômes*	1,8	1,3	,005
Compétence au travail	7,5	11,2	,000
Soins personnels*	1,6	0,7	,002
Autonomie	9,2	10,3	,020
Relations sociales	10,8	12,5	,013
Score global	46,6	54,2	,000

* Évaluation négative

D'après le lien établi entre les variables rattachées au contact suivi et le bon fonctionnement du sujet, il apparaît que le maintien du contact avec les médecins et les établissements de soins ait un effet bénéfique. On a observé les effets pour diverses composantes de la thérapie et des soins, et on a noté que la plupart des malades qui fonctionnaient mal n'étaient pas en contact avec des établissements de soins et des professionnels de la médecine.

L'étude a révélé que dans l'un des quatre réseaux médico-hospitaliers, le niveau de fonctionnement des malades était sensiblement meilleur. Il suffit, pour s'en convaincre, de noter que ce réseau médico-hospitalier compte l'indice le plus bas d'occupation de lits psychiatriques par malade ainsi que le ratio le plus bas entre les lits psychiatriques et la population, au pays.

Il serait intéressant de signaler les variables qui distinguaient le réseau "efficace" des trois autres réseaux :

- une hospitalisation moindre, exprimée en nombre total de journées d'occupation de lits
- des séjours plus brefs à l'hôpital, par malade
- un plus grand recours aux hôpitaux généraux par opposition aux hôpitaux psychiatriques
- une consommation inférieure de médicaments
- un examen médical périodique exigé par le réseau
- le maintien du contact avec le médecin, exigé par le réseau
- le placement plus généralisé dans des chambres individuelles
- moins de discussion sur la réadaptation
- une intervention plus directe du psychiatre pendant tout le processus
- une plus grande tendance du psychiatre à maintenir le contact avec le malade dans la collectivité

Les données indiquent fortement que l'un des facteurs qui expliquent que les malades du deuxième réseau aient beaucoup mieux réussi que les autres est que leurs médicaments étaient plus facilement adaptés à leurs besoins changeants. Ce facteur, doublé d'une utilisation parcimonieuse des lits, en théorie et en pratique, peut expliquer les écarts observés entre les réseaux. Comme l'intervention d'un psychiatre à toutes les étapes, depuis la première évaluation jusqu'au maintien dans la collectivité, était associée à de meilleurs résultats, nous pouvons conclure que, pour ces malades schizophrènes, le maintien du contact avec le psychiatre intervient pour beaucoup dans le succès du réseau. C'est ce facteur qui, allié à un programme de logement des malades dans la collectivité, explique sans doute pourquoi le deuxième réseau parvient si bien à raccourcir les séjours à l'hôpital, et, dans certains cas, à éviter carrément l'hospitalisation. Il faut souligner que les malades du deuxième réseau n'étaient pas nécessairement en contact avec le médecin seulement. Dans bien des cas, ils étaient suivis par une infirmière ou un travailleur social; toutefois, l'imposition d'un examen médical périodique dans le cas de tous les malades qui absorbaient des médicaments délivrés sur ordonnance permettait de veiller à ce que ces malades soient suivis périodiquement et leurs médicaments dosés selon leur niveau de fonctionnement du moment.

Le succès du deuxième réseau médico-hospitalier peut aussi être attribué partiellement à d'autres variables, à savoir le transport et l'appartenance à un milieu rural, en ce sens que les malades qui relevaient de ce réseau avaient un meilleur accès au transport, et une plus forte proportion habitaient en milieu rural. Toutefois, ces différences n'étaient pas significatives, et d'après l'analyse des données, il semble probable que ce soit l'interaction des variables relatives au contact suivi avec un médecin ou un établissement de santé, au contrôle exercé par le médecin sur la consommation de médicaments qui joue un rôle déterminant.

Cette étude a une incidence sur notre compréhension du concept de la psychiatrie communautaire. Il est bien connu que dès le début des années 60, la province dans laquelle se trouve le deuxième réseau médico-hospitalier mettait l'accent sur la réinsertion des malades dans la collectivité et mettait en place un programme de soins communautaires. Cette province est reconnue pour son parti pris en faveur de la psychiatrie communautaire, mais l'impression générale qui se dégage est que la psychiatrie communautaire implique un désengagement du médecin, ce qui ressort sans doute de l'expérience américaine. Les résultats relatifs au deuxième réseau indiquent que cette impression n'est pas fondée. On a observé en effet que les psychiatres qui font partie de ce réseau jouent un rôle de premier plan à toutes les étapes des soins dispensés aux malades, ce qui met en cause le stéréotype voulant que la psychiatrie communautaire, qui privilégie un programme complet de soins aux malades sur pied, suppose nécessairement que des fonctions cliniques soient confiées à des gens autres que les médecins et qu'il n'y ait aucune surveillance médicale.

Enfin, notons certaines observations au sujet de l'orientation future de la recherche. On s'est souvent demandé si l'hospitalisation devrait ou non être utilisée comme variable dépendante dans le cadre des études d'évaluation. Bien que dans cette étude les résultats les plus prometteurs aient été obtenus dans un réseau qui met peu l'accent sur l'hospitalisation, le faible lien qui existe entre les jours d'hospitalisation proprement dite et les mesures de l'issue de la maladie confirment que l'hospitalisation varie d'une région du pays à l'autre et ne devrait pas être considérée comme une variable rattachée à l'issue de la maladie. Compte tenu des considérations politiques, des décisions administratives, des principes de la thérapie et des différents modes de prise en charge des cas, le recours au temps passé à l'hôpital comme variable dépendante ne semble pas se justifier.

Les variables rattachées à l'accessibilité des services ressortent très nettement et méritent donc de faire l'objet d'une étude plus poussée. Comme elles semblent avoir une incidence énorme sur le fonctionnement des malades, il y aurait lieu de les définir de façon plus précise et de les vérifier.

En outre, toute enquête précise sur les conditions de vie de malades devrait tenir compte dans une certaine mesure de l'ensemble des circonstances de la vie d'un malade qui font que ce dernier peut facilement se déplacer dans la collectivité, mener des activités et bénéficier des services et des contacts personnels qui font partie de la vie courante dans une collectivité. (Les données de l'étude semblent indiquer que toute autre variable étant égale, un

malade parviendrait à mieux se débrouiller dans un logement exigu au centre-ville que dans un logement irréprochable, spacieux, en banlieue, où l'accès au transport est difficile.)

On note également une différence sur le plan du bien-être entre les malades mariés et les malades célibataires, différence que l'on peut généraliser de façon à faire la distinction entre les malades qui ne bénéficient pas du soutien de la famille et ceux qui peuvent compter sur la protection et l'appui de la famille. Ainsi, les cliniciens devraient également considérer que la "solitude" représente un facteur de risque qui menace le bien-être du malade sur le plan social.

Le sujet qui mérite le plus de faire l'objet d'une étude plus poussée est sans doute la question des ordonnances et du contrôle exercé par les professionnels sur la consommation de médicaments. Plus particulièrement, il s'agit de vérifier l'hypothèse voulant qu'un contact suivi entre le médecin et le schizophrène qui prend des médicaments influe énormément sur l'état et le bien-être de ce dernier.

En outre, il y aurait lieu de déterminer s'il est vrai, comme le suggèrent les données de cette étude, que les malades qui fonctionnent moins bien seraient soustraits à l'influence des professionnels de la médecine et des établissements de santé pour être confiés plutôt aux soins des travailleurs et des organismes sociaux. L'octroi d'une assistance sociale aux malades chroniques est certes une disposition louable, mais si cela entraîne une rupture des liens avec le milieu médical, il n'est pas sûr que ce soit dans l'intérêt des malades.

Résumé des conclusions de l'étude

En résumé, on a relevé des différences entre les composantes des quatre réseaux médico-hospitaliers. Ainsi, on a constaté qu'à l'intérieur de certains d'entre eux, et d'un en particulier, les malades fonctionnaient mieux. Si aucun réseau de soins ne peut être isolé de son contexte pour être appliqué tel quel ailleurs, on a pu dégager des caractéristiques des programmes qui devraient servir à l'élaboration et à l'amélioration des programmes de soins conçus pour les schizophrènes. En outre, des différences observées sur le plan du sexe, de la situation et des conditions de vie des malades ont été associées à leur fonctionnement et ont fourni des indices utiles pour la prise en charge de cette catégorie très particulière de malades chroniques.

ANNEXE A

Critères visant à parfaire l'échantillonnage

Critères justifiant l'exclusion[1]

1) Alcoolisme

2) Manifestations d'une affection

3) Manifestations d'une affection toxique, métabolique, endocrinienne

4) Manifestations d'une déficience mentale

5) Trouble d'origine non schizophrénique rediagnostiqué par la suite

Critères justifiant l'inclusion[2]

A - Au moins deux des critères énumérés ci-après :

1) Divulgation de la pensée, pensée imposée, retrait

2) Idées délirantes d'influence, autres délires étranges ou multiples

3) Délires autres que les délires de persécution ou la jalousie, d'une durée minimale d'une semaine

4) Délires de n'importe quel type, accompagnés d'une forme quelconque d'hallucinations pendant au moins une semaine

5) Hallucinations auditives, qui consistent en une voix qui commente sans arrêt le comportement du sujet ou qui livre les pensées du sujet pêle-mêle ou en deux voix ou plus qui conversent entre elles

6) Hallucinations verbales non affectives qui s'adressent au sujet

7) Hallucinations de n'importe quel type qui durent toute la journée pendant plusieurs jours ou qui se manifestent de façon intermittente pendant au moins un mois

8) Manifestations certaines du dérèglement de la pensée

9) Comportement catatonique évident

B - Une période de maladie d'une durée minimale de deux semaines

1 Tiré de Bland, R.C.
2 Tiré de Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E.

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE EN PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE : PROBLÈMES ET POSSIBILITÉS

C.D. WEBSTER
METFORS, Clarke Institute of Psychiatry
et Départements de psychiatrie et de psychologie et
Centre de criminologie, Université de Toronto

RÉSUMÉ

L'auteur soutient que si la recherche épidémiologique en psychiatrie médico-légale présente plus d'obstacles que la recherche en psychiatrie générale, elle offre néanmoins au chercheur certaines occasions précieuses. L'intégration des données du système pénal à celles du système de santé mentale soulève des problèmes théoriques et pratiques énormes. De plus, les données de postobservation concernant les patients et les prisonniers sont souvent plus ou moins exactes, lorsqu'elles sont disponibles. Et pourtant, en dépit des nombreux problèmes d'ordre méthodologique et conceptuel, il a été possible de recueillir, au cours des deux dernières décennies, une mine de renseignements précieux sur la "carrière" des délinquants atteints de troubles mentaux. Bien qu'ils aient souvent besoin d'être confirmés et reproduits, ces résultats de recherches n'en restent pas moins importants, à l'heure actuelle, pour l'établissement de programmes de traitement et de réadaptation. Bien que timidement, l'auteur rappelle néanmoins aux épidémiologistes qui font de la recherche en psychiatrie médico-légale qu'ils doivent trouver des façons plus évocatrices et généralement plus convaincantes de présenter leurs observations lorsqu'ils aident les gouvernements à élaborer de nouvelles politiques et procédures.

Chaque année au Canada, quelque 5000 évaluations psychiatriques sommaires sont effectuées à la demande des tribunaux. Ces examens, faits au cours d'une seule entrevue, permettent aux tribunaux d'obtenir une opinion psychiatrique sur l'aptitude ou l'inaptitude d'un sujet à subir son procès. Bien que cette décision soit foncièrement une affaire juridique, les tribunaux se fient à l'opinion des psychiatres et semblent respecter cette opinion dans la plupart des cas (Jackson, 1982). La plupart des sujets ainsi évalués sont jugés aptes à subir leur procès. En effet, 80 p. 100 sont par la suite cités à leur procès, et le rôle du psychiatre est alors terminé. Lorsqu'il déclare une personne apte à subir son procès, le psychiatre n'affirme évidemment pas qu'elle est exempte de trouble mental; il indique seulement que la maladie n'est pas susceptible de nuire sensiblement au déroulement du procès. Le Code criminel ne précise d'aucune façon ce sur quoi doivent, ou ne doivent pas, porter les "expertises" psychiatriques demandées par le tribunal et passe complètement sous silence la nature et le contenu des rapports établis par les

psychiatres dans les lettres qu'ils adressent à la Cour. En fait, le Code criminel ne stipule même pas qu'un rapport doit être envoyé (voir la Commission de réforme du droit au Canada, 1976, page 62).

L'aptitude à subir un procès est une notion complexe (Roesch et Golding, 1980). Lorsqu'ils sont appelés à se prononcer sur l'aptitude, les professionnels de la santé mentale font en général intervenir d'autres questions, à savoir la capacité du prévenu de répondre au traitement, son admissibilité à la remise en liberté sous caution et la possibilité qu'il puisse un jour présenter un danger pour lui-même ou pour les autres. Au cours de notre recherche, commencée en 1978, nous avons voulu décrire les sujets renvoyés pour observation à la Brief Assessment Unit (BAU) à METFORS. Les données démographiques de base ont été publiées ailleurs (Webster, Menzies et Jackson, 1982). Les prévenus ainsi évalués sont généralement de jeunes hommes qui ont déjà été emprisonnés et hospitalisés. Bien qu'intellectuellement ils soient généralement normaux, ils ont de graves problèmes sur le plan des relations interpersonnelles et éprouvent de grandes difficultés à trouver et à conserver un emploi. L'étude des examens d'aptitude menée dans six villes canadiennes a mis en évidence les mêmes types de sujet (par exemple, Webster, Menzies, Butler et Turner, 1982). Comme nous l'avons déjà dit, les caractéristiques de ce groupe sont bien connues de nous et de ceux qui travaillent dans ce domaine (par exemple, Kunjukrishnan, 1979).

Bien que l'étude des procédures utilisées pour déterminer l'aptitude ou l'inaptitude à subir le procès (Roesch, Webster et Eaves, 1984) nous ait grandement intéressés, notre premier but était de faire une étude à long terme de quelque 800 patients qui avaient fait l'objet d'une brève évaluation à METFORS en 1978 et au début de 1979. Nous voulions voir dans quelle mesure les prévisions cliniques relatives à la dangerosité du client faites lors de l'évaluation s'étaient réalisées deux ans plus tard et recueillir des renseignements sur les "carrières" de nos anciens patients au sein du réseau de santé mentale et du système pénal. Ce projet n'a pas été facile à réaliser pour certaines raisons, dont quelques-unes seront exposées plus loin. Qu'il nous suffise pour le moment de présenter certaines de nos principales constatations, à savoir : 1) que certains membres de notre personnel clinique n'ont qu'une capacité limitée de prévoir les comportements dangereux (bien que la véritable nature de cette capacité ait été masquée par les difficultés inhérentes à la recherche, et exposées plus loin); 2) que la capacité de prévoir les comportements dangereux varie beaucoup d'un clinicien à l'autre selon le genre de prédictions faites, et 3) que, comme il fallait s'y attendre, les taux de récidive et de réhospitalisation chez nos patients sont très élevés (environ les deux tiers des sujets de la cohorte ont eu au moins un contact avec la justice ou avec le réseau de santé mentale au cours des deux années qui ont suivi l'évaluation). Le gros de notre travail sur la prévision des comportements dangereux a déjà été résumé ailleurs (par exemple, Sepejak, Menzies, Webster et Jensen, 1983).

Le principal but de cette étude épidémiologique consiste à déterminer l'ampleur du phénomène de la "double porte tournante", afin d'être mieux en mesure de créer de nouveaux programmes d'éducation et de réadaptation propres à réduire, au moins partiellement, le cycle infernal et sans fin auquel

doit faire face la clientèle de la psychiatrie médico-légale. Grâce à ce projet, nous arrivons à mieux comprendre tous les effets des dispositions actuelles du Code criminel sur les prévenus souffrant de troubles mentaux. Nous sommes encouragés par le fait que notre travail sur l'aptitude à subir le procès (Roesch et coll., 1984) et les délinquants dangereux (Webster et Dickens, 1984) reçoit une certaine attention des fonctionnaires fédéraux qui travaillent à la réforme des articles pertinents du Code criminel. L'intérêt ainsi manifesté par le gouvernement pour des considérations de principes donne un élan à notre recherche. Néanmoins, nous voulons faire remarquer au lecteur que la recherche épidémiologique en psychiatrie médico-légale se heurte à des obstacles considérables. Dans le prochain chapitre, nous décrirons certains de ces obstacles alors que le chapitre suivant sera consacré à certaines des grandes possibilités qui s'offrent à nous dans les domaines de la recherche et du traitement.

Les difficultés de la recherche en psychiatrie médico-légale

Avant d'entreprendre une brève analyse des difficultés que présente la recherche en psychiatrie médico-légale, il serait peut-être sage de préciser que malgré les obstacles, la recherche dans ce domaine a un important avantage sur la recherche dans la plupart des autres domaines en psychiatrie contemporaine. En effet, en psychiatrie médico-légale le travail est essentiellement public, surtout en ce qui concerne les examens demandés par les tribunaux. La règle du secret qui caractérise généralement le rapport entre le médecin et son patient est ici modifiée, le psychiatre devant rédiger un rapport qui sera utilisé en cour et le patient ayant généralement été prévenu qu'il en serait ainsi. Par conséquent, les activités des travailleurs en psychiatrie médico-légale peuvent être examinées non seulement par la Cour, mais aussi par les chercheurs. L'extension du domaine de la psychiatrie de la clinique au tribunal fait surgir certaines difficultés. C'est de celles-ci qu'il sera maintenant question.

1. Il n'existe pas de concordance entre les cadres linguistique et conceptuel du réseau de santé mentale et du système pénal.

Des termes comme "aliénation mentale" n'ont plus beaucoup de sens dans les milieux psychiatriques modernes, et bien que l'American Psychiatric Association modifie souvent son Diagnostic and Statistical Manual et va même jusqu'à modifier considérablement sa position, comme elle l'a fait dans le DSM-III (1980), les tribunaux semblent incapables de saisir ces nuances et peu intéressés par ce genre de détail. Un juge, par exemple, emploiera le mot "psychopathie" pour décrire un comportement qui, pour le psychiatre, est un "trouble de la personnalité". Avant tout, il faut reconnaître que la loi, en général, repose sur une épistémologie dialectique (elle admet, par exemple, que la "vérité" peut naître de l'erreur et que la confrontation de thèses adverses fait jaillir la "vérité"), tandis que la médecine moderne repose sur des arguments essentiellement démonstratifs (par exemple, que les notions conçues dans l'erreur aboutissent à l'erreur ou qu'on n'obtient la "vérité" qu'en procédant d'une donnée sûre à une autre).

Le fait que la loi ait tendance à exiger des réponses claires qui se limitent à des "oui" ou à des "non", alors que les médecins, de par leur formation, sont plutôt portés à évaluer les risques et à reconnaître que toute intervention médicale comporte certains risques d'échec, constitue une autre difficulté. En médecine, aucune opération n'est absolument sûre. Une partie de l'art et de la science de cette discipline consiste à supputer les risques. La recherche médicale et l'enseignement de la médecine tablent sur une information statistique claire. La loi s'intéresse aussi beaucoup à la question des probabilités; elle utilise des notions telles que "hors de tout doute raisonnable", "la prépondérance de la preuve" et "preuve claire et convaincante". En science comme en droit, la prise de décision repose sur la prépondérance de la preuve, mais le mot "preuve" n'a pas le même sens dans les deux contextes. La preuve scientifique est fondée sur la probabilité ou la répétition statistiques, tandis que la preuve juridique est une conclusion subjective, fondée sur l'expérience et l'intuition, selon laquelle une série d'événements est plus susceptible de s'être produite qu'une autre (Yarmey, 1979, page 33). Nous soulignons cette différence fondamentale de conception, car elle revêt une très grande importance lorsque vient le moment de créer des bases de données qui proviennent à la fois du réseau de santé mentale et du système pénal.

2. Les tests légaux (pour déterminer l'aptitude, l'aliénation mentale et la dangerosité) sont définis de façon très vague dans le Code criminel.

Les définitions de certaines questions clés données dans le Code criminel sont extraordinairement vagues ou totalement absentes. Par conséquent, les modalités des examens psychiatriques peuvent varier largement d'une région à l'autre du Canada. Le Code étant très vague, les psychiatres ou autres professionnels de la santé mentale peuvent utiliser des méthodes très différentes, sans cependant déroger à la loi. Voilà pourquoi l'interprétation des données peut donner lieu à des problèmes considérables.

3. Puisque chaque province a sa propre loi sur la santé mentale, les interactions avec les dispositions du Code criminel ont tendance à varier d'une province à l'autre.

Dans une province, par exemple, le nombre de mandats du Lieutenant-gouverneur peut être relativement peu élevé parce qu'on a plutôt recours à l'interdiction judiciaire. Lorsqu'il est difficile de satisfaire aux critères de la Loi sur la santé mentale, le nombre de personnes qui sont "réorientées" vers le système pénal est plus grand qu'il ne devrait l'être (voir Penrose, 1939).

4. Les archives judiciaires peuvent fournir des données raisonnablement exactes sur un grand nombre de personnes (bien que le nombre de contacts soit évidemment sous-estimé), mais la quantité d'information concernant chacune de ces personnes reste très limitée.

Le fait de savoir qu'une personne fait face à une accusation de voies de fait causant des lésions corporelles est peut-être utile aux chercheurs, mais l'épidémiologiste sérieux a besoin de données supplémentaires. Les organismes

fédéraux chargés de l'exécution de la loi peuvent fournir une certaine quantité limitée de données sur une cohorte, mais ces données ne sont pas nécessairement très détaillées. Il en est de même pour les "infractions" dans les prisons.

5. Les archives de la santé mentale contiennent une quantité impressionnante, voire écrasante, de données au sujet d'une personne, mais dans la plupart des cas, il n'existe pas de registre national central ni même de registre provincial.

Les chercheurs doivent par conséquent aller d'un hôpital à l'autre à la recherche des sujets d'une cohorte. Vu le grand nombre d'hôpitaux psychiatriques au pays, sans parler des services de psychiatrie des hôpitaux généraux et autres, cette tâche est extrêmement difficile et presque inabordable.

6. Une fois qu'on a recueilli toutes les données possibles, il faut faire face aux difficultés que représente l'intégration de renseignements tirés de deux sources distinctes.

En criminologie, il a toujours été difficile de peser la "gravité" relative des différents actes ou offenses criminels (voir Sellin et Wolfgang, 1964). Il est encore plus difficile pour les épidémiologistes d'essayer de peser des données venant de deux sources aussi différentes que le réseau de santé mentale et le système pénal. S'il y a inculpation, l'acte en question prend un certain sens, mais si, pour la même offense, l'inculpé est dirigé vers le service d'admission d'un hôpital, il revêt un tout autre sens. Le choix du réseau vers lequel l'inculpé sera dirigé peut être plus ou moins arbitraire (cela peut dépendre de l'attitude et de l'expérience du policier qui prend la décision, etc.). Pour l'inculpé cependant, les conséquences sont très différentes. L'option choisie a une grande importance s'il faut combiner les deux séries de données à des fins d'analyse.

7. L'exactitude ou l'inexactitude des données fournies par les patients et les prisonniers peut être une source de difficultés majeures, souvent plus importantes que toutes celles rencontrées par l'épidémiologiste dans d'autres domaines.

Les médecins ont parfois des difficultés à obtenir des renseignements de leurs patients, même de ceux qui sont en pleine possession de toutes leurs facultés et qui ont tout à gagner à dire toute la vérité. Les cliniciens qui travaillent auprès de la clientèle médico-légale ont affaire à des psychotiques et, dans certains cas, à des patients qui ont tout à gagner à taire l'information demandée, parfois même à la recommandation de leur avocat.

8. En psychiatrie, la fiabilité du diagnostic psychiatrique constitue un problème persistant; en psychiatrie médico-légale, le problème est parfois encore plus grand.

Tous les psychiatres veulent essayer d'émettre un pronostic sur l'issue éventuelle de la maladie dont souffrent leurs patients, et chacun d'entre eux a la responsabilité et le pouvoir légal de réduire au minimum les risques à court

terme que ces malades présentent pour eux-mêmes et pour le public. Les spécialistes de la psychiatrie médico-légale ont ces mêmes devoirs, mais ils doivent en outre prendre part à des décisions qui peuvent avoir de graves répercussions sur l'avenir du patient. En vertu du Code criminel, l'opinion psychiatrique joue un rôle primordial dans la décision de placer une personne en vertu d'un mandat du Lieutenant-gouverneur ou de la considérer comme un "délinquant dangereux" aux termes de la Partie XXI du Code criminel. Ce genre de décision est extrêmement grave, car le sujet concerné peut être détenu indéfiniment dans un hôpital à sécurité maximale ou dans un pénitencier.

Conscient des répercussions de cette décision sur la vie du prisonnier ou du patient, le clinicien doit aborder ces mesures légales avec grande prudence. Le "cadre de référence" de chaque praticien joue ici un grand rôle. Certains médecins adhèrent assez rigoureusement au "modèle médical" et mettent l'accent sur "l'idéal de la réadaptation", tandis que d'autres sont plutôt partisans du "modèle de la responsabilité individuelle/du châtiment mérité" qui accorde beaucoup moins d'importance à l'intervention psychiatrique. Le premier type de médecins sera peut-être porté à diagnostiquer une "psychose", surtout s'il connaît le sort qui autrement sera réservé au prévenu, tandis que le second ne le sera peut-être pas. Ce qui signifie que l'opinion du psychiatre, si essentielle à toute recherche épidémiologique, est souvent faible et susceptible d'être encore plus suspecte qu'à l'accoutumé.

9. L'information tend à circuler dans une seule direction, à savoir du psychiatre au tribunal. Il y a très peu d'échanges réciproques de renseignements.

Une fois l'opinion psychiatrique rendue, le plus souvent dans une lettre, il est très rare que le tribunal se manifeste à nouveau. Premièrement, les demandes d'opinion psychiatrique sont généralement plutôt vagues et c'est très rarement, sinon jamais, que les juges et les avocats rendent compte aux experts en psychiatrie de la manière dont un rapport a été utilisé et de l'influence qu'il a eu sur la décision de la Cour. Cette façon de procéder est un cauchemar pour les épidémiologistes. Admettons, pour le moment, qu'il soit très difficile de savoir dans quelle mesure l'opinion du psychiatre a influencé la décision de la Cour; cependant, si en plus, nous n'avons pas accès à la décision cruciale rendue par le tribunal, nous n'avons même pas les moyens de deviner l'importance de l'information clinique. Quant aux questions d'éthique en cause (le genre d'information qui doit ou ne doit pas être communiquée au tribunal, par exemple), d'énormes problèmes demeurent. Nous nous contenterons de souligner que, sur le plan pratique, l'épidémiologiste qui désire étudier les rapports entre les deux systèmes doit bien réfléchir dès le départ. Comme il est plus facile pour le clinicien que pour l'épidémiologiste de suivre l'évolution de ses patients et de recueillir les données pertinentes, on pourrait peut-être régler une partie du problème en enseignant aux cliniciens à recueillir eux-mêmes ce genre de données.

10. De manière très générale, le système pénal tend à montrer de la prudence (sinon de la résistance) devant tout changement de politique et de procédure proposé dans "l'intérêt de la recherche".

En médecine, une grande partie des recherches épidémiologiques sont évidemment soumises à des restrictions sur les plans éthique et administratif. Il n'est évidemment pas souvent possible de refuser un traitement ou de s'abstenir d'intervenir, par exemple. Et pourtant ce genre de situation est possible et peut se produire en médecine. Cependant, pour des raisons bien évidentes, les juges sont singulièrement peu susceptibles de se laisser persuader de prononcer des sentences aléatoires, des sentences appariées, etc. En effet, ils ne peuvent jouer avec les procédures juridiques au-delà d'une certaine limite. Ce sont précisément ces limites qui empêchent l'éclatement de la société. Et pourtant, les progrès de la science médicale, notamment l'épidémiologie, sont souvent le résultat d'expériences contrôlées échelonnées sur des périodes définies.

Possibilités pour la recherche et le traitement

Dans le chapitre précédent, nous avons souligné certaines difficultés inhérentes à la recherche épidémiologique en psychiatrie médico-légale. Bien que certaines de ces difficultés soient plus ou moins insolubles en raison de leur nature même, nous sommes néanmoins en mesure de constater que des progrès marqués se sont produits dans le domaine depuis 10 ans. Plusieurs descriptions plutôt bonnes ont été faites des diverses populations de délinquants souffrant de troubles mentaux (par exemple, Quinsey, 1981; Webster et coll., 1983) et des études de contrôle acceptables ont été réalisées (par exemple, Gibbens et Robertson, 1983; Häfner et Böker, 1982). Mais ce qui importe le plus, c'est que ces données, bien qu'inadéquates et partielles, semblent jouer un rôle important dans l'élaboration des politiques.

Les données de contrôle que nous avons recueillies au cours d'une période de deux ans confirment ce que nous savions déjà de manière générale. Cependant, devant l'importance considérable des ressources humaines et financières consacrées à l'évaluation et à la réévaluation des "carrières" de ces sujets, on ne peut que conclure qu'il pourrait en être autrement. Un simple contrôle informatisé et un échange d'information entre les différents services qui font des expertises psychiatriques au Canada permettraient d'économiser chaque année, des sommes importantes, sans cependant restreindre l'accès au traitement et, avec un peu de soin et d'attention, sans porter préjudice aux droits et libertés des patients. Si les données étaient mieux organisées, peut-être pourrions-nous donner une meilleure formation aux psychiatres et surveiller plus efficacement leurs activités. Devant l'absence de rétroaction des tribunaux et des systèmes correctionnels, on ne peut demander aux psychiatres et aux autres professionnels de la santé mentale de faire preuve de plus d'exactitude dans leurs évaluations et leurs prévisions.

À cet égard, nous avons beaucoup de travail à faire. Les psychiatres et autres professionnels de la santé mentale doivent comprendre que leur compétence dépend à la fois de leurs capacités cliniques et de la connaissance qu'ils ont des répercussions réelles de leurs décisions sur l'avenir du prévenu ou du délinquant au sein du système pénal ou du réseau de santé mentale. Sur cette note légèrement optimiste, considérons maintenant brièvement certaines idées qui peuvent se révéler utiles en psychiatrie médico-légale.

1. Il importe de faire en sorte que les mesures d'évaluation, notamment les techniques de recherche, n'amplifient pas les difficultés des patients.

Il ne faut jamais cesser de se demander dans quelle mesure le travail clinique "crée" ou "consacre" la "maladie mentale" et jusqu'à quel point l'étude épidémiologique peut parfois, involontairement, confirmer la vision qu'a la société de la maladie. Quels sont les véritables effets des techniques d'évaluation? Quels effets toutes ces questions sur la maladie si souvent répétées ont-elles sur nos patients? Croyons-nous qu'au fil de ces évaluations successives nos patients n'apprennent pas à jouer le rôle qu'on attend d'eux? En d'autres mots, nous avons besoin d'outils d'évaluation propres à faire ressortir les capacités autant que les déficiences. Nous avons entrepris d'essayer de sensibiliser nos patients à la nature de la maladie mentale, aux effets des médicaments, etc. (voir le document présenté par Webster, Jensen, Stermac, Gardner et Slomen, 1984). Nous devons maintenant faire des efforts pour leur expliquer ce qu'est la <u>santé</u> mentale. Comment peut-on s'attendre à ce qu'une personne qui a souffert de troubles mentaux pendant des années possède ce genre de connaissances?

2. Pour accroître le pouvoir de la recherche épidémiologique en psychiatrie médico-légale, nous devrons nous intéresser autant à l'évaluateur qu'à l'évalué.

Lorsque les chercheurs veulent obtenir des données des patients eux-mêmes (échantillons de matériel biologique, réponses à des questionnaires, etc.) ils ont rarement du mal à les obtenir. S'ils souhaitent avoir des données sur l'évaluateur (par exemple, ses attitudes, sa compétence professionnelle ou encore sur le fonctionnement du système) ils rencontreront probablement certaines difficultés. Enfin, les obstacles à surmonter seront généralement énormes s'ils veulent des renseignements au sujet des interactions patient/évaluateur (c'est-à-dire sur le processus décisionnel). Et pourtant, c'est dans ces deux derniers cas que la variance risque d'être la plus élevée.

3. Nous devons accorder plus d'attention à la création de fichiers utiles autant à des fins cliniques que pour la recherche.

Dans le domaine de la psychiatrie médico-légale, comme dans les autres domaines connexes, la quantité de données cliniques recueillies au sujet de chaque patient est considérable, mais ces données sont souvent redondantes (les mêmes données fournies par plusieurs cliniciens) et hermétiques (langage obscur et vague). L'analyse du contenu des dossiers médicaux est une tâche à laquelle seuls les chercheurs les plus dévoués ont le courage de s'attaquer. Or, il devrait être possible de rationaliser ces documents de manière à ménager le temps des cliniciens et à offrir de nouvelles possibilités aux chercheurs. L'arrivée sur le marché des micro-ordinateurs ouvre des horizons nouveaux, et les possibilités seront d'autant plus grandes si les principaux chercheurs et administrateurs du Canada parviennent à normaliser les données de base recueillies au sujet de cette clientèle particulière.

4. En épidémiologie psychiatrique, il faut se rappeler que le désordre mental dont souffre le patient n'est pas toujours, ni même généralement, statique en tout ce que cela entraîne.

Les maladies vénériennes, le typhus et autres maladies semblables se prêtent bien à l'étude épidémiologique. Avec l'aide d'un dictionnaire médical, il est souvent facile de trouver la cause matérielle (biomédicale) d'une maladie physique. Mais le DSM-III et les autres systèmes nosologiques sont très vastes, de plus, l'apparition et l'évolution des différents types de maladies dépendent de nombreuses variables corrélées. En termes aristotéliciens, la psychiatrie doit s'intéresser non seulement aux causes matérielles, mais aussi aux causes opérantes, formelles et finales. Dans une certaine mesure, nous remettons en question la valeur de certains de nos nosologies classiques. Si tout épidémiologiste chevronné travaillant en psychiatrie reconnaît les problèmes de fiabilité que posent la CIMA-9, le DSM-III et les autres systèmes semblables, il serait peut-être sage de se rappeler que bien qu'ils soient peut-être plus fiables et exacts que leurs prédécesseurs, tous ces systèmes n'en ont pas moins des limites intrinsèques marquées (voir Duckworth et Kedward, 1978). Dans nos propres travaux de postobservation auprès d'anciens prisonniers/patients, nous aussi classons les membres des cohortes selon différentes catégories diagnostiques primaires, à savoir psychose, trouble de la personnalité, trouble affectif, etc. Mais de temps à autre, nous nous demandons si nos données sont bien classées. Si un sujet avait été évalué le mardi au lieu du mercredi, l'aurions-nous classé dans une autre catégorie? Et que serait-il arrivé à ce même sujet s'il avait été examiné par le docteur A au lieu du docteur B?

5. Peut-être serait-il parfois sage de remettre en question l'emploi d'un bon nombre de tests et d'échelles d'évaluation psychométriques.

Les psychiatres utilisent de plus en plus les instruments psychométriques. Certains psychologues commencent toutefois à mettre en doute l'emploi de ces méthodes parce que les éléments qui composent ces échelles standard ne sont peut-être pas également applicables à tous les sujets (par exemple, Bem et Allen, 1974). De plus, ces échelles sont construites à partir du cadre de référence phénoménal du chercheur et peut avoir peu de rapport avec celui du patient. Enfin, une personne qui, sur une échelle de 100 points, obtiendrait un score parfait sur tous les points sauf un, pourrait avoir besoin de beaucoup plus d'aide et d'attention qu'une autre qui, sur de nombreux points, se serait classée dans la catégorie des personnes "assez perturbées", si pour le point en question l'écart était très marqué par rapport à la moyenne.

6. Il est possible qu'au cours des prochaines années, en plus de recueillir et de communiquer des "faits" statistiques, les épidémiologistes entreprendront des études en bonne et due forme visant spécialement à déterminer les effets des données statistiques sur les profanes et même sur les scientifiques.

Il a déjà été prouvé à maintes reprises que les gens n'ont recours aux données statistiques (au sujet des traits de personnalité, etc.) que lorsque toutes les autres sources ont été éliminées. En tant que chercheurs, nous continuons à croire que tous ces "taux" de maladies aux noms inquiétants et de diagnostics graves finiront un jour par alarmer les administrateurs et les inciter à agir. Malheureusement, les travaux de Tversky et Kahneman (1974) ne nous laissent pas beaucoup d'espoir à cet égard.

7. Bien qu'il soit probablement sage d'entretenir un certain scepticisme à l'endroit du DSM-III, il n'y a pas de mal à reconnaître certains de ses mérites évidents.

Les nouveaux critères applicables à certaines catégories diagnostiques sont assez précis. Nous sommes actuellement en mesure de donner aux cliniciens une formation qui, le cas échéant, assurera le respect de ces critères (Martin, sous presse). Bien qu'on entende souvent parler de la stabilité des pathologies dans le temps, cette question est rarement vérifiée. Grâce aux savants efforts récemment faits dans le DSM-III pour produire une classification complète des troubles psychiatriques, les cliniciens et les chercheurs devraient maintenant être en mesure de faire des efforts plus méthodiques pour poser des diagnostics fiables.

8. Nous devons faire des études en vue de l'affectation optimale des ressources.

Par rapport à la plupart des autres membres de la société, les malades mentaux sont plutôt dépourvus. Quant aux clients de la psychiatrie médico-légale qui sont parfois aussi des détenus, ils sont encore plus démunis. Les chercheurs doivent faire plus d'effort en vue de définir les besoins réels de ces patients et commencer à envisager de restructurer les organismes pour qu'ils puissent fournir des services plus équitablement. Cela est peut-être plus facile que la plupart ne le pensent. Ce que nous voulons en psychiatrie, c'est une épidémiologie qui diffère quelque peu de l'épidémiologie classique, une épidémiologie qui utiliserait une approche phénoménologique en vertu de laquelle on tiendrait entièrement compte des désirs du patient.

9. Dans leurs rapports avec le gouvernement et les autres organismes de subvention, les chercheurs devraient apprendre à se servir de données descriptives autant que statistiques.

Très peu de profanes sont en mesure de se faire une image mentale des résultats d'une régression multiple par échelons lorsque ceux-ci sont mal présentés. Pour eux, c'est de la magie, et une magie pas très bonne par-dessus le marché. Même les caractéristiques de groupes de patients peuvent manquer

d'intérêt lorsqu'elles sont exprimées sous forme de pourcentages. Il serait peut-être nécessaire d'ajouter, à chaque donnée statistique, une description de chacun des cas.

10. Tout en restant fidèles aux principes scientifiques classiques, nous devons faire des recherches dans le but d'instituer de nouveaux programmes de traitement et de réadaptation.

Nous n'essayons pas ici d'amener les scientifiques qui travaillent sérieusement dans les domaines de la recherche médicale et sociale à abandonner leurs ordinateurs pour aller lutter dans l'arène politique. Ce que nous voulons dire, c'est que le sort de certains délinquants atteints de troubles mentaux a déjà été décrit abondamment, et qu'il est maintenant temps de les soulager et non de décrire plus avant leurs affections (voir Greenland, 1984). Nous devons plutôt étudier l'efficacité et les résultats des nouveaux programmes. À notre avis, les chercheurs en psychiatrie médico-légale devraient à l'avenir participer davantage à l'élaboration et à l'évaluation des programmes de traitement. Au cours des vingt dernières années, des efforts remarquables ont été faits pour venir en aide à la clientèle de la psychiatrie médico-légale (par exemple, Barker et Mason, 1968), mais notre connaissance de l'efficacité réelle de ces projets reste encore très mince (voir Quinsey, 1981).

Références

Barker, E.T., et Mason, M.H. Buber behind bars. Canadian Psychiatric Association Journal, 1968, 13, 61-72.

Bem, D., et Allen, A. On predicting some of the people some of the time: The search for cross-situational consistencies in behavior. Psychological Review, 1974, 81, 506-520.

Commission de réforme du droit au Canada. Processus pénal et désordre mental. Ottawa : Commission de réforme du droit, 1977.

Duckworth, G.S., et Kedward, H.B. Man or machine in psychiatric diagnosis. American Journal of Psychiatry, 1978, 135, 64-68.

Gibbens, T.C.N. et Robertson, G. A survey of the criminal careers of hospital order patients. British Journal of Psychiatry, 1983, 143, 362-369.

Greenland, C. An experiment that failed. Canadian Journal of Psychiatry, 1984, 26, 1-12.

Häfner, H., et Böker, . Crimes of violence by mentally abnormal offenders: A psychiatric and epidemiological study in the Federal German Republic. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

Jackson, M.A. The outcome of brief forensic psychiatric assessment: A study of 188 cases over an eight-month period. In C.D. Webster, R.J. Menzies, and M.A. Jackson (Eds.), Clinical assessment before trial: Legal issues and mental disorder. Toronto: Butterworths, 1982.

Kunjukrishnan, R. Ten year survey of pretrial examinations in Saskatchewan. Canadian Journal of Psychiatry, 1979, 24, 638-689.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1983.

Martin, B.A. The reliability of psychiatric diagnosis. In C.D. Webster, M.H. Ben-Aron, and S.J. Hucker (Eds.), Dangerousness: Probability and prediction, psychiatry and public policy. New York: Cambridge University Press, sous presse.

Penrose, L.S. Mental disease and crime: Outline of a comparative study of European statistics. British Journal of Medical Psychology, 1939, 18, 1-15.

Quinsey, V. The long-term management of the mentally disordered offender. In S.J. Hucker, C.D. Webster, and M.H. Ben-Aron (Eds.), Mental disorder and criminal responsibility. Toronto: Butterworths, 1981.

Roesch, R., et Golding, S.L. Competency to stand trial. Urbana: University of Illinois Press, 1980.

Roesch, R., Webster, C.D., et Eaves, D. The fitness interview test: A method for examining fitness to stand trial. Toronto: Centre of Criminology, University of Toronto, & Vancouver: Criminology Research Centre, Simon Fraser University, 1984.

Sellin, T., et Wolfgang, M.E. The measurement of delinquency. New York: John Wiley, 1964.

Sepejak, D.S., Menzies, R.J., Webster, C.D., et Jensen, F.A.S. Clinical predictions of dangerousness: Two year follow-up of 408 pre-trial forensic cases. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 1983, 11, 171-181.

Tversky, A., et Kahneman, D. Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Science, 1974, 185, 1124-1131.

Webster, D.C. et Dickens, B.M. La détermination de l'état dangereux : pour une nouvelle politique à l'égard des délinquants dangereux. Ottawa : Ministère de la justice, Canada, 1984.

Webster, C.D., Jensen, F.A.S., Stermac, L., Gardner, K., et Slomen, D. Teaching as an aid to assessment: Psychoeducational programmes for forensic patients, submitted.

Webster, C.D., Menzies, R.J., Butler, B.T., et Turner, R.E. Forensic psychiatric assessment in selected Canadian cities. Canadian Journal of Psychiatry, 1982, 27, 455-462.

Webster, C.D., Menzies, R.J., et Jackson, M.A. Clinical assessment before trial: Legal issues and mental disorder. Toronto: Butterworths, 1982.

Yarmey, D. The psychology of eyewitness testimony. New York: Free Press, 1979.

PROBLÈMES RELATIFS À LA CRÉATION DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES SOUFFRANT DE MALADIE MENTALE

H.B. KEDWARD
Clarke Institute of Psychiatry

RÉSUMÉ

Au Canada et dans la plupart des pays occidentaux, le nombre des personnes de plus de soixante-cinq ans augmente chaque année. Des études de prévalence révèlent que le nombre des personnes qui souffrent de maladie mentale est plus grand dans ce groupe d'âge qu'à toute autre époque de la vie. La démence, en particulier, atteint environ 1 p. 100 des personnes de plus de soixante-cinq ans dans tous les pays où des études de prévalence ont été menées. Au Canada, les services pour les personnes âgées sont encore dispensés sur une base empirique, alors qu'au Royaume-Uni, des services ont été définis et établis pour les populations psychogériatriques. Les différents services psychogériatriques récemment apparus au Canada sont étudiés par l'auteur. En prenant la situation vécue au Royaume-Uni comme modèle, il examine les points forts et les points faibles de ces services et fait des recommandations relatives à l'orientation que la planification devrait prendre au Canada. S'il peut être souhaitable de pouvoir offrir des soins à domicile à la plupart des patients, il faut, lorsqu'on établit des plans à l'échelle nationale, définir avec grand soin les services qu'offrira la collectivité. Il semble que, lorsque des personnes âgées en sont aux stades les plus invalidant de la démence, il coûte beaucoup plus cher de les soigner à la maison qu'à l'hôpital. En établissant un modèle basé sur la gravité du trouble psychiatrique et en prévoyant des ressources en fonction de la taille de la population âgée dans une région donnée, on parviendra à maintenir le coût des soins médicaux à un niveau acceptable.

Les personnes âgées n'ont pas de place sur les plans politique et économique dans notre société où l'on est louangé d'être jeune et de paraître jeune mais blâmé d'être vieux et d'accuser son âge.

Tout le bruit que l'on fait à propos des besoins des personnes âgées souffrant de maladie mentale n'aboutira peut-être à rien de bon. Mais il faut tout de même essayer de faire quelque chose et la meilleure façon de réussir est de tirer le meilleur parti possible de ce qui existe déjà et de mettre le service à l'épreuve rapidement et sans grande dépense. Nous devons nous abstenir de penser trop grand.

En matière de planification et de réalisation de services de psychogériatrie, nous avons un modèle pratique qui ne nous coûte rien, l'exemple du Royaume-Uni. Au Canada, la population âgée augmente sans cesse. Nous

aussi nous devons faire des plans et passer aux réalisations. Nous devons bien examiner les programmes mis en oeuvre au Royaume-Uni, utiliser ce qui nous paraît bon et nous convient, et rejeter le reste.

L'an dernier, j'ai eu de la chance. On m'a demandé de concevoir et d'organiser un service dans le nord du Royaume-Uni. Je puis donc vous faire quelques observations critiques à propos du modèle standard de services offerts dans cette région.

La première chose qu'on a demandé aux personnes invitées à prendre la parole à ce symposium, c'est de faire part des résultats de leurs recherches qui pourraient être appliqués dans des programmes de services à la population. On a fait très peu de recherches sur la maladie mentale chez les personnes âgées et les publications sont rares en comparaison surtout de l'information qui existe sur certaines pathologies comme la schizophrénie ou sur certains groupes de population, les enfants par exemple, ou encore sur la psychiatrie médico-légale. Mais nous sommes tous au courant du grand nombre de données statistiques qui sont connues depuis longtemps, mais qu'on continue à ignorer. Ce sont ces données, déjà accessibles, qu'il faudrait forcer les technocrates à prendre en considération.

Au début d'une publication officielle parue récemment au Royaume-Uni, "The Rising Tide", que je vous recommande de lire, Dick affirmait ce qui suit :

> "À l'heure actuelle, il ne peut sûrement plus y avoir quelqu'un qui connaisse quelque chose du domaine des services médicaux et des services sociaux et qui ne se rende pas compte de la nécessité de trouver une solution aux problèmes que posent les troubles psychiatriques liés au vieillissement dans la population de personnes âgées qui augmente sans cesse dans notre collectivité". (Traduction libre)

Cela est peut-être vrai au Royaume-Uni, je n'en sais rien, mais je voudrais bien que ce soit vrai au Canada. Existe-t-il quelque part au pays, dans une région assez vaste, un seul exemple de programme pour les personnes âgées souffrant de maladie mentale? Je n'ai pas pu en trouver.

Il existe un bon nombre d'initiatives enthousiastes, innovatrices, et audacieuses. En Ontario, il y a le Pioneer Service à Ottawa, le service coordonné du docteur Roy à Hamilton, l'accent mis sur la santé mentale dans le service établi par le docteur Harris à London, le service communautaire du docteur Rodenberg à Kingston, et à Toronto, l'axe Sunnybrook-Whitby des docteurs Shulman et Chang, le jeune service médical et psychiatrique du docteur Meier au Toronto Western Hospital, le service provincial de ressources hospitalières au Clarke Institute, maintenant élargi par le docteur Eastwood pour desservir les populations de Queen Elizabeth et Baycrest. Il y a ce service communautaire non hospitalier de conseillers créé par le docteur Wasylenki, mais je ne vois nulle part ces idées appréciées et comprises par ceux qui sont responsables d'établir des plans pour répondre aux besoins dans le futur, pour faire face à la marée montante de la maladie psychiatrique chez les vieillards qui exige la coordination de beaucoup de ressources de la société.

"Le problème ne se pose pas uniquement aux services psychiatriques spécialisés qui, en fait, ne s'occupent que d'une petite proportion des malades les plus gravement atteints. Il touche également les services de gériatrie, les services de soins primaires, les services sociaux et les hôpitaux généraux où le séjour prolongé des personnes âgées peut réduire la capacité d'accueil des services médicaux et des services de chirurgie pour répondre aux besoins des malades d'un âge moins avancé. Il existe, dans le secteur privé, bon nombre de centres d'hébergement et de foyers pour personnes âgées où le nombre des vieillards à l'esprit confus augmente. Le problème a des répercussions sur les questions de logement, de transport et de services bénévoles. Dans une société en mouvement où les femmes travaillent de plus en plus à l'extérieur du foyer, la famille ne peut plus offrir le même soutien qu'autrefois. Néanmoins, une forte majorité de gens âgés vivent chez eux avec leur conjoint ou des membres de leur famille ou en relations suivies avec ceux-ci ou encore avec l'aide de voisins. Pendant les années qui précèdent la mort, alors que la personne âgée perd peu à peu ses forces, le plus souvent, c'est la famille et les ressources de la société qui lui fournissent le soutien dont elle a besoin, avec l'aide, si nécessaire, des services sociaux et des services de soins primaires secondés par les hôpitaux spécialisés." (Dick) (Traduction libre)

Jusqu'à 10 p. 100 des personnes de plus de soixante-cinq ans sont susceptibles de présenter des signes de démence et 25 p. 100 de ces malades doivent être soignés en établissement tandis que les autres peuvent rester chez eux pourvu qu'on leur apporte une aide suffisante.

En Ontario, les plus de soixante-cinq ans constituent 10 p. 100 de la population. Des projections pour l'an 2001 laissent prévoir que cette tranche de la population va augmenter et atteindre 20 p. 100. En tant que consommateurs, les personnes de ce groupe d'âge (10 p. 100 de la population) reçoivent 35 p. 100 de toutes les prescriptions de médicaments et 42 p. 100 de tous les services hospitaliers, même si, dans certains secteurs médicaux, les services qui leur sont offerts ne sont pas encore suffisants. Par exemple, les personnes de plus de soixante-cinq ans ne représentent que 4 p. 100 des bénéficiaires de soins psychiatriques dans les services externes.

Hemsi (1982) présente des données démographiques intéressantes pour le Royaume-Uni :

"En 1978, la population totale estimée du Royaume-Uni était près d'atteindre 56 000 000. Elle devait atteindre 57 000 000 en 1991 et 58 000 000 en 2001 (des augmentations de 1,8 p. 100 et 3,6 p. 100 respectivement).

"Au sein de la population âgée, les changements ne sont pas uniformes pour tous les groupes d'âge. On s'attend à ce que le groupe des 64 à 70 ans baisse de 8 000 000 à 7 700 000 (-3,8 p. 100) en 1991 et à 7 142 000 (-10,7 p. 100) en 2001. Par ailleurs, le nombre de personnes

ayant plus de 74 ans devrait augmenter de 21 p. 100 en 1991 et de 24 p. 100 en 2001 (soit passer de 2 988 000 en 1978 à 3 621 000 puis 3 694 000). (p. 257)" (Traduction libre)

Ces statistiques révèlent que les populations de gens âgés manifestant des tendances différentes devront bénéficier de services différents à cause de l'incidence beaucoup plus forte de la démence, ce trouble des gens âgés qui exige le plus de services.

Parlons d'un autre pays. Nielsen (1962) a étudié la prévalence des troubles psychiatriques au Danemark. Il a trouvé que, chez les personnes de soixante-cinq ans et plus, 19 p. 100 des troubles mentaux sont d'origine organique, alors qu'à 85 ans, la proportion est de 60 p. 100.

La démence ne connaît pas de frontières : les chiffres sont identiques quel que soit le pays examiné.

Les prédictions relatives à l'augmentation importante du nombre de lits d'hôpitaux qui seront nécessaires sont peut-être moins effrayantes au Canada, parce que nous avons déjà le taux d'hébergement en établissement le plus élevé au monde. Le docteur Rodenberg admet qu'en Ontario 9 p. 100 des personnes âgées sont placées dans des établissements par rapport à 7,7 p. 100 pour l'ensemble du pays et 5 p. 100 aux États-Unis.

D'autres pays ont réagi avec émoi à la marche inexorable des chiffres de population et même s'ils n'ont pas encore à supporter le fardeau financier d'un taux élevé d'hébergement, dans plusieurs d'entre eux, la population âgée augmente plus rapidement qu'au Canada. Au Royaume-Uni, avant d'établir des plans, on a posé une série de questions (Dick) à savoir :

- Quels sont les besoins en matière de services coordonnés pour les personnes âgées souffrant de troubles mentaux?
- À quel groupe de personnes âgées s'adressera ces services?
- Qui sera chargé de créer et d'étendre le service?
- Quelles sont les fonctions des membres clés du personnel?
- De quoi se compose un service complet de psychiatrie pour les personnes âgées?
- Quels modèles existants pourraient être adaptés aux situations locales?

La liste se poursuit. J'en ai cité une partie à titre d'exemple de problèmes auxquels nous devons faire face avant même de pouvoir envisager d'établir un plan.

Étant donné ce qui précède, on ne peut que se faire l'écho du docteur Goldstein de Queensway-Carleton à Ottawa, qui disait en substance : "Il est stupéfiant et déconcertant de constater que nous devrions encore faire valoir la nécessité de services gériatriques en Amérique du Nord. Nous devrions dépenser notre énergie à chercher des moyens d'améliorer les services existants".

En Angleterre, depuis les débuts de la création de services gériatriques, on a eu pour principe de réduire le placement en établissement ou, en d'autres termes, d'exalter la valeur des soins à domicile sur le plan humain. Ce n'est que récemment que Millar et Toynbee (1982) ont fait ressortir que le droit d'un individu de demeurer chez lui peut engendrer l'obligation pour un autre individu de prendre soin de lui. La maladie change les gens même lorsqu'ils ne présentent pas de symptômes de démence; qu'elle les adoucisse ou qu'elle les aigrisse, ils ne sont plus comme avant.

Au Royaume-Uni, la planification des services gériatriques a coïncidé avec le mouvement de réinsertion dans la société des malades psychiatriques chroniques; mais c'était plus une question intéressant la nation et, au départ, elle était moins idéologique. Il n'en est plus de même maintenant.

On pourrait prétendre que le mouvement en faveur des soins à domicile était motivé par un désir cynique et dur de réduire les dépenses. Même en ce qui concerne l'évaluation à domicile, lord Amulree, le père du Service national de visites médicales à domicile, décédé récemment, a en 1950, commencé à faire pression dans ce sens parce que les ressources hospitalières pour les gens âgés étaient insuffisantes. Il est vrai qu'il était convaincu des avantages d'aider un malade à rester chez lui et qu'il a inventé l'expression : "Ajouter de la vie aux années".

Le besoin qu'il sentait de cette attitude est corroboré de façon dramatique lorsqu'on visite un bon nombre de résidences pour personnes âgées du Canada où 75 p. 100 des bénéficiaires passent le plus clair de leur temps dans une espèce de léthargie, effondrés, les yeux dans le vide. (Est-ce que cela ne correspond pas au portrait des schizophrènes?) Ils seraient manifestement mieux chez eux, à vivre de façon autonome. Cela ne s'applique pas à ceux qui ne peuvent pas être autonomes; les personnes qui souffrent de démence avancée ont besoin de soins constants. Chaque cas doit être traité en toute objectivité.

Au Royaume-Uni, il existe une certaine confusion sur le plan idéologique à propos des soins à domicile. On <u>gardera</u> le patient chez lui parce que cette solution plaît davantage au médecin. Comme l'a remarqué le Canadien El-Guebaly, au Royaume-Uni, les spécialistes en psychogériatrie sont les gardes-barrières du réseau hospitalier.

La caractéristique la plus frappante des services psychogériatriques de Grande-Bretagne est la visite ou l'évaluation à domicile. Jolley et Arie (1982) ont défendu la thèse selon laquelle tous les patients devraient être évalués dans leur cadre de vie. Voici les raisons qu'ils invoquent :

1. Chez les gens âgés, les problèmes psychiatriques sont presque toujours des problèmes de fonctionnement et de fonctionnement dans leur entourage normal; les gens âgés se conduisent de façon assez différente dans un milieu qui ne leur est pas familier et le problème à étudier n'est pas le fonctionnement de la personne dans un service externe ou une salle d'hôpital, mais bien dans ce milieu normal.

2. Les visites à domicile permettent d'évaluer non seulement les capacités de fonctionner de l'intéressé, mais aussi les caractéristiques de son milieu : la commodité, le manque de confort, s'il fait assez chaud, s'il y a des provisions dans le garde-manger et si on peut croire que la personne se nourrit convenablement, si la personne dort dans son lit, s'il y a un amoncellement de bouteilles, etc.

3. Une visite sur les lieux permet également de parler aux voisins, aux marchands du quartier, aux amis qui visitent le malade - parfois ceux-ci ne sont là qu'à cause de la situation d'urgence qui nécessite l'évaluation. On sait l'importance en psychiatrie des réponses recueillies auprès des personnes qui entourent les malades.

4. Le processus entrepris pour déplacer une personne âgée, et surtout un vieillard qui est déjà passablement confus, peut exacerber cette confusion et, en fin de compte, être très dangereux pour sa vie.

5. La décision d'hospitaliser une personne âgée peut l'emporter sur des solutions plus sages et plus appropriées et, par conséquent, s'opposer à ce qui devrait être primordial, soit conserver à la personne âgée son autonomie dans sa propre demeure; le "trou" laissé dans un milieu par une personne qui part, même temporairement, se referme rapidement et il peut être très difficile de la réinstaller, même si elle est parfaitement guérie.

Hemsi (1982) voit les choses de la même façon que Wasylenki au Canada : "Les troubles mentaux sont de nature telle qu'il est souvent inutile d'hospitaliser le malade pour une investigation et, contrairement aux autres gens, les personnes âgées n'ont que peu ou rien à gagner d'un séjour à l'hôpital".

Si l'on insiste tant au Royaume-Uni sur les services communautaires, c'est en partie en réaction à la pratique autrefois répandue du placement en établissement. Les services psychiatriques installés dans les asiles de comté à une certaine distance des grands centres qu'ils desservaient étaient aussi éloignés des autres services médicaux pour traiter les maladies aiguës ou chroniques. Si ces modes de fonctionnement étaient évidemment peu souhaitables et inefficaces pour traiter les malades mentaux de tous âges, ils étaient

particulièrement désavantageux pour la population des personnes âgées chez qui la morbidité est la plus élevée et qui ont plus souvent besoin d'un traitement immédiat à cause d'une affection physique.

Au Royaume-Uni, le gouvernement a publié des directives au sujet du soin des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Pour un district ayant une population de 200 000 habitants dont 30 000 ont plus de 65 ans, les exigences sont les suivantes (Jolley et Arie, 1982).

Maladies fonctionnelles chez les personnes âgées :

1. 15 lits de traitement aigu (sur les 100 lits des services généraux de psychiatrie)

2. 5 nouveaux lits de séjour prolongé (sur les 34 lits des services généraux de psychiatrie)

3. 20 places de jour (sur les 130 des services généraux de psychiatrie)

Démence :

1. Unité de psychogériatrie : 30 lits

2. Long séjour en psychogériatrie : 75 à 90 lits

3. Places de jour : 90

Temps de consultation :

15 séances

Personnel médical non consultant :

1. Internes - 25 p. 100 du service total en psychiatrie

3. Résidents - 25 p. 100 du service total en psychiatrie

3. Adjoints cliniques - suivant la disponibilité et la répartition

Secrétariat :

De 1,5 à 3 secrétaires pour le service de maladies fonctionnelles et l'unité de psychogériatrie. Du temps de secrétariat additionnel pour l'hôpital de jour recevant les cas de démence

Infirmières psychiatriques communautaires pour les personnes âgées :

De 2 à 6 infirmières psychiatriques communautaires

Travailleurs sociaux auprès des personnes âgées :

de 1,5 à 3 travailleurs sociaux à l'hôpital

Il existe aussi un service distinct d'un genre nouveau appelé "ESMI Unit" ("the elderly severely mentally ill unit") pour les personnes âgées atteintes de troubles mentaux graves. Des programmes de construction d'établissements de ce genre couvrent le pays tout entier; il en existe déjà un grand nombre en activité. Chacun dessert une population d'environ 200 000 habitants et son bassin démographique coïncide avec celui des services sociaux pour la région. Ces établissements sont construits selon un plan spécial et comportent trois étages. Les deux étages supérieurs abritent chacun une unité de 28 lits et le rez-de-chaussée est réservé à l'hôpital de jour.

Au Royaume-Uni, il est difficile d'établir des plans parce que la population ne va pas se modifier de façon uniforme. Comme je l'ai mentionné précédemment, l'augmentation touchera surtout le groupe des 75 ans et plus.

La dispensation des services se fait par différentes voies. Différents organismes peuvent demander qu'un consultant en psychogériatrie fasse une évaluation du cas à domicile, mais il est recommandé que cette demande se fasse toujours par l'intermédiaire d'un omnipraticien ou d'un médecin consultant. Suivant les résultats de l'évaluation du niveau de fonctionnement effectuée à la maison, les recommandations faites peuvent ouvrir diverses voies pour obtenir des soins.

1. Le malade reste chez lui : le médecin de famille reçoit des conseils sur le traitement du cas; le malade peut être suivi par un spécialiste en psychogériatrie ou une infirmière psychiatrique des services communautaires. Aucune autre démarche.

2. En plus des services sociaux "mobilisés", un travailleur ou une travailleuse des services sociaux locaux est appelé(e) à s'occuper du cas pour obtenir les services d'aide ménagère, de repas livrés à domicile, de visites régulières de surveillance par un représentant des services sociaux, à faire une demande de supplément de revenus (pour une allocation d'aide) et une demande de placement dans un centre de soins de jour. Aucune autre démarche.

3. Le malade est placé dans le service d'un hôpital de jour, d'ordinaire pour observer son état clinique ou pour une postcure après sa sortie de l'hôpital.

4. On cherche à "soulager" la famille en plaçant le malade pour une période de deux semaines à l'hôpital ou dans un centre d'hébergement, pour que ceux qui en prennent soin puissent avoir des vacances.

5. On présente une demande au service pertinent pour que le patient se voit octroyer un petit appartement dans une "résidence protégée".

6. On admet le patient dans une unité de psychogériatrie pour établir le diagnostic de psychose fonctionnelle.

7. On demande une place pour le patient dans un centre d'hébergement de la région. Il existe de nouvelles unités de 44 lits spécialement conçues pour ce genre de cas dans le voisinage.

8. Le nom du patient est inscrit sur une liste d'attente pour obtenir un lit dans un hôpital de soins prolongés.

La Hollande, un pays qui a profité des retombées du pétrole de la Mer du Nord, s'est servie de cet argent pour créer des services sociaux et des hôpitaux et développer les services médicaux. Il en est résulté un réseau d'établissements comparable à celui du Canada, mais où on a accordé une importance particulière aux résidences protégées les plus coûteuses. Ce pays nous donne un exemple à ne pas suivre, parce qu'à mesure que les réserves de pétrole s'épuisent, il devient impossible d'entretenir ces établissements coûteux; les malades atteints de démence avancée doivent être "logés" dans des centres d'hébergement et des hôpitaux qui ne leur conviennent pas et leur qualité de vie s'en ressent.

Dans son article intitulé : "Home Care : Is It Cost-Effective?" Clarfield (1983) fait quelques réflexions sur le sujet :

> Peut-on ainsi garder les vieillards heureux, en santé ailleurs que dans les établissements de soins et que cela coûte moins cher que les autres solutions? C'est autour de cette importante question que s'articulent la plupart des discussions au cours desquelles on se demande s'il faut réserver plus de ressources pour des services de soins à domicile ou, ce qui prête encore plus à controverse, s'il faudra transférer des fonds des budgets des établissements et des hôpitaux au budget des services de soins à domicile. On a beaucoup parlé ces derniers temps de la question des soins aux personnes âgées et de l'augmentation du coût des services médicaux et on s'est demandé si la société sera encore capable de payer ce que nous nous sommes promis pour nos vieux jours. La question de la rentabilité des soins à domicile est au coeur des problèmes... Il devrait être beaucoup moins cher de soigner un malade ayant une incapacité légère (de niveau A) à la maison que dans les deux genres d'établissements qui peuvent accueillir les personnes ayant besoin de soins de ce niveau. Au niveau B, quand un patient requiert plus d'aide, les soins à domicile deviennent aussi coûteux que les soins à l'hôpital, mais une résidence pour personnes âgées serait la solution la plus économique. Au niveau C, quand le patient requiert encore plus de soins, l'hospitalisation est la solution la plus efficace du point de vue économique. (Traduction libre)

Au Royaume-Uni, en 1977, Opit a publié un article intitulé : "Domiciliary Care for the Elderly Sick--Economy or Neglect?" Il a étudié les coûts de services de soins à domicile pour 139 personnes âgées malades et conclut ce qui suit :

> D'après les données, les services de soins à domicile ne sont peut-être pas avantageux du point de vue économique pour les personnes âgées. Le coût en argent des soins à domicile égale ou dépasse le coût moyen des soins de garde en établissement ou à l'hôpital dans le cas de ces patients. (Traduction libre)

Encore une fois au Royaume-Uni, Williams (1984) a publié un rapport sur les besoins non signalés des malades âgés. Il a examiné le cas d'un certain nombre de malades de plus de 75 ans qui n'avaient aucun rapport avec l'équipe de soins primaires et il a découvert que plus de la moitié de ces gens n'avaient personne pour les surveiller ou pour en prendre soin. À propos des établissements au Royaume-Uni, nous trouvons un article récent intitulé : "Institutional Malnutrition" publié par Bender (1984). D'après ce rapport, la maladie, les médicaments, le manque d'appétit, et peut-être des menus trop peu variés, peuvent aider à expliquer pourquoi la moitié des patients hospitalisés souffrent, dans une certaine mesure, de malnutrition et pourquoi de 5 à 10 p. 100 de ces personnes meurent littéralement de faim.

Recherches

La plupart des aspects vraiment fascinants des résultats de recherches se rapportent à ce qui précède. Du point de vue du service, on peut se demander : comment allez-vous vous y prendre? quelle est la meilleure façon de s'y prendre? comment pouvez-vous organiser un service qui corresponde à vos moyens? est-ce qu'il faut penser non seulement au présent mais à la situation dans 20 ans? Il reste aussi d'autres domaines à explorer. Jolley (1980) a écrit un court article au sujet des domaines à explorer qui ont été ouverts par les découvertes biochimiques :

> Les tissus prélevés sur des cadavres et lors de biopsies effectuées sur des patients présentant des traits cliniques et les signes histologiques de la démence sénile sont carencés en choline acétyl transférase (CAT) et ces déficits ne semblent liés ni à l'âge ni à des altérations subséquentes à la mort.

Neary a conçu, à Manchester, un projet de recherches qu'il a intitulé : "Pre-Senile Dementia and Cortical Atrophy: A Neuropsychological, Pathological and Biochemical Study." Il s'intéresse à la CAT et établit un lien entre les résultats observés à l'EEG, des biopsies et des dosages de la CAT par rapport à des tests psychologiques.

Comment les services médicaux peuvent-ils être organisés? Les médecins demeureront les principaux dispensateurs de services médicaux pour bon nombre de personnes tandis que le nombre des personnes âgées va continuer à augmenter. Je veux porter à votre attention un modèle appliqué en Ontario

et qu'on a appelé le HSO. Il diffère du système d'honoraires à l'acte et ressemble davantage au système de rémunération forfaitaire par personne. Les médecins sont rémunérés à la séance ou d'après le temps de service. Le système de ce genre le plus récent a été établi en médecine familiale au Sunnybrook Hospital, et peut également convenir aux soins des personnes âgées.

Références

Bender, A.E., Institutional malnutrition. British Medical Journal, 1984, 288, 92-93.

Clarfield, A. M., Home care: Is it cost-effective? Canadian Medical Association Journal, 1983, 129, 1181-1184.

Dick, D., The rising tide. Health Advisory Service. The National Health Service. Sutton, Surrey, England.

El-Guebaly, N., Report of Research Leave. University of Manitoba.

Hampton, J. R., The end of clinical freedom. British Medical Journal, 1983, 287, 1237-1238.

Hemsi, L., Psychiatry of Late Life, Psychogeriatric Care in the Community.

Jolley, D., Health Trends, 1980, 12:1.

Jolley, D., et Arie, T., The psychiatry of late life; Making services work: Organization and style of psychogeriatric services, 1982.

Millar, et Toynbee, The Guardian. Manchester, England, 1982.

Neary, D., Presenile dementia and cortical atrophy. Manuscrit chez l'éditeur.

Neilsen, 1962.

Opit, L. J., Domiciliary care for the elderly sick--Economy or neglect? British Medical Journal, 1977, 1, 30-33.

Williams, E. I., Characteristics of patients over 75 not seen during one year in general practice. British Medical Journal, 1984, 288.

LA SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT : SECTEURS DE RECHERCHE PRIORITAIRES

BRIAN J. McCONVILLE
Département de psychiatrie
Université Queen's

RÉSUMÉ

Un examen des secteurs de recherche prioritaires en santé mentale révèle qu'au cours des dernières années, des progrès ont été réalisés à certains égards. Les troubles dont souffrent les enfants et les adolescents sont maintenant répertoriés dans les classifications standard telles que le DSM - III et la CIM - 9. Il existe également un certain nombre de protocoles d'entrevue normalisés, de même que des échelles d'évaluation générales et spécifiques. Il est maintenant possible d'effectuer des études cliniques et épidémiologiques relativement valides.

Une publication récente de l'OMS a mis en lumière certaines questions prioritaires dans le domaine de la santé mentale et du développement psychosocial de l'enfant, en particulier dans les pays en voie de développement. Dans les pays industrialisés, un grand nombre de ces concepts peuvent être transposé sous forme de services à développer. On a de plus établi des méthodes d'enquêtes cliniques générales visant à évaluer l'intervention ou les recherches. L'on dispose maintenant des outils requis pour étudier les nombreuses questions fondamentales touchant la santé mentale de l'enfant.

Avant de commencer, j'aimerais mentionner que cet exposé devait au départ être présenté pas le docteur Dan Offord. J'essayerai donc d'intégrer certaines des idées de mon collègue dans l'étude de cette question complexe.

Au cours des dernières années, des progrès considérables ont été réalisés en ce qui concerne les méthodes d'évaluation et de diagnostic utilisées en pédopsychiatrie, de sorte qu'il est possible d'avoir des descriptions adéquates des troubles et de faire des comparaisons valides entre les études. On utilise maintenant couramment la classification du DSM - III qui s'inspire de la classification triaxiale pour les enfants utilisée dans la CIM - 9, que préfèrent encore les personnes associées à l'Organisation mondiale de la Santé. Spitzer, Endicott et leurs collaborateurs, au nombre desquels se trouvent en particulier des pédopsychiatres de la région de Los Angeles, ont reconnu en rédigeant le DSM - III que les pédopsychiatres utiliseraient la section du DSM - III sur les enfants et les adolescents pour certains troubles particuliers, mais qu'ils se serviraient également de la section sur les principaux troubles psychiatriques chez les adultes - y compris les troubles affectifs et certains aspects de la schizophrénie. Reste à savoir s'il s'agit là d'une solution judicieuse pour ce qui est de la description de groupes cliniques pertinents

d'enfants, mais pour le moment, nous utilisons cette convention qui a permis une certaine uniformisation des critères diagnostiques. Encore faut-il se demander si cette convention se révélera un autre lit de Procruste, étant donné qu'elle ne tient pas compte notamment des facteurs tels que l'âge et le sexe ni des variables culturelles et cognitives.

Pour poser des diagnostics justes qui soient uniformes pour tous les groupes, il est également nécessaire d'avoir des protocoles d'entrevue standardisés. Il existe à l'heure actuelle un certain nombre d'instruments qui semblent donner de bons résultats[1]. On peut citer entre autres le DISC-P pour les parents, tiré du NIMH Diagnostic Interview Schedule, qui peut être utilisé par des non-cliniciens, en particulier dans des études épidémiologiques. Le DISC permettra de poser les diagnostics suivant la classification du DSM - III et, dans une certaine mesure, en utilisant les critères de la CIM. D'autres chercheurs emploient également le KIDDLE-SADS. Le protocole d'entrevue SADS a été utilisé à l'origine par le groupe chargé d'étudier les troubles affectifs et la schizophrénie; le KIDDLE-SADS est maintenant couramment utilisé par Puig-Antich et d'autres comme normes tant dans les études épidémiologiques (durée de vie) que dans l'examen de l'état actuel. Il existe un certain nombre d'autres protocoles d'entrevue intéressants, notamment le Diagnostic Interview for Children and Adolescents (le DICA), élaboré par Herjanic, qui permet d'établir des diagnostics à partir du DSM - III.

Outre ces protocoles détaillés, il existe un certain nombre d'échelles d'évaluation générales normalisées du comportement des enfants et des adolescents. L'échelle d'Achenbach[2] permet de déterminer par l'analyse de facteurs un certain nombre de symptômes de troubles du comportement chez les enfants et les adolescents. Cette échelle est couramment utilisée par les psychiatres pour enfants comme par ceux qui oeuvrent auprès des adolescents. Elle est conçue essentiellement de la même façon que tout instrument fondé sur des facteurs et s'intègre plus ou moins bien dans le système diagnostique du DSM - III. Du fait que cette échelle est standardisée à partir d'une population normale, il est possible de comparer l'intensité des symptômes chez un enfant avec ceux des enfants du même âge et du même sexe dans un population normale. Ce recoupement est utile dans le cas des symptômes comportementaux qui se manifestent selon un continuum. Le docteur Dan Offord et son équipe, qui travaillent dans un centre de recherches rattaché à l'école de médecine de l'université McMaster, ont récemment terminé une étude épidémiologique à l'échelle de la province portant sur quatre catégories diagnostiques communes chez les enfants ontariens. Ils se sont servis d'un échantillon soigneusement choisi d'enfants à partir des données de Statistique Canada et d'autres renseignements, et d'ici quelques mois, on devrait pouvoir établir avec une certaine exactitude la prévalence des affections comme les troubles déficitaires de l'attention, les troubles de conduite, la somatisation ou les névroses (les troubles anxieux et la dépression dans le DSM - III) en Ontario. Je crois que ces résultats constitueront notre principale base de référence et nous saurons alors quelle est la prévalence des troubles appartenant à certaines catégories diagnostiques dans un endroit quelconque en Ontario, et nous pourrons comparer ces données avec les résultats de nos études cliniques. J'ai utilisé moi-même dans mes recherches cliniques l'échelle Achenbach comme instrument de base pour l'évaluation des parents.

On doit en outre se demander quels sont les facteurs qui contribuent à l'émergence d'un cas reconnu. À cet égard, nous nous sommes fondés largement sur certains travaux théoriques de Michael Rutter et de son équipe[3] qui ont mis en évidence l'aspect cumulatif du concept de psychopathologie, c'est-à-dire que si, dans une cellule familiale donnée, l'on retrouve des facteurs comme les difficultés scolaires, l'alcoolisme chez le père ou la maladie mentale chez la mère, un certain nombre de ces facteurs doivent être présents pour que la maladie devienne apparente. Une conséquence très importante, selon moi, découle de cette prémisse, à savoir que s'il est possible d'abaisser le nombre de facteurs en deçà d'un certain niveau, par exemple à moins de 3 sur 5, il est alors beaucoup moins probable que la maladie ne se manifeste. On peut également en déduire qu'il importe peu, semble-t-il, que l'on tente de modifier un facteur complexe ou un autre plus simple. Les implications d'une telle affirmation sur le plan de la pratique de la psychiatrie infantile sont assez extraordinaires. On devrait peut-être chercher davantage à offrir au sujet des expériences ordinaires ou "assez bonnes", à veiller à la santé physique générale d'un des parents ou des enfants plutôt que de s'attaquer aux déterminants historiques ou intrapsychiques qu'on ne peut modifier aussi rapidement.

En fait, la pédopsychiatrie fait actuellement l'objet d'un intéressant débat, tiraillée qu'elle est entre ceux qui, d'une part, affirment qu'elle est encore la spécialité la plus mal servie ou la plus sous-représentée au Canada et ceux qui, d'autre part, soutiennent qu'on n'a pas besoin de pédopsychiatres, sauf dans des cas très spéciaux. Il serait bon de régler cette question une fois pour toutes, surtout pour les pédopsychiatres, mais sans doute est-ce illusoire. On peut cependant aborder la question sous différents angles intéressants.

Dans un document de l'Organisation mondiale de la Santé[4] publié en 1977, un groupe composé du docteur Sartorius, qui exerçait les fonctions de secrétaire, du docteur Rutter et d'autres a étudié la question de la santé mentale et du développement psychosocial de l'enfant. On y discutait notamment du type de services psychosociaux à offrir aux enfants, en particulier dans les pays du Tiers-Monde. J'aimerais résumer, si vous le voulez bien, ce rapport, car même s'il est conçu à l'intention des pays du Tiers-Monde, il peut avoir des retombées importantes pour le Canada et d'autres pays plus développés. Le groupe a indiqué que le premier besoin des enfants était d'ordre physique et avait trait à l'amélioration des soins maternels et obstétricaux, de la nutrition, ainsi qu'à des programmes efficaces de vaccination et à des soins médicaux généraux et spécialisés adéquats par la suite. Les taux de mortalité infantile varient considérablement d'un pays à l'autre : au Mexique, par exemple, le taux s'établit à 843 pour 100 000 habitants contre 79 aux Pays-Bas. Il existe bien sûr des écarts assez marqués dans les taux de mortalité au Canada, en particulier chez les autochtones, voilà pourquoi ce rapport peut nous intéresser. Si l'on adhère à ces concepts de base, il reste à se demander ce que les services sociaux ou psychiatriques peuvent ou doivent faire. Selon les auteurs du document, on ne devrait pas se préoccuper des phénomènes qui sont en fait transitoires chez l'enfant, c'est-à-dire les troubles tels que l'énurésie, l'onychophagie, les tics et l'ensemble des habitudes nerveuses générales, parce que l'histoire naturelle de ces troubles laissent présager une

amélioration. Si l'on examine cependant l'histoire naturelle de la plupart des troubles mentaux de l'enfance, on constate qu'un tiers d'entre eux durent au moins trois ans et qu'une certaine proportion de ces enfants présentent des états névrotiques ou dépressifs à l'âge adulte. Cela est particulièrement vrai dans le cas des anomalies de conduite, qui n'ont pas un pronostic favorable, comme l'a montré Robins[5] et d'autres.

Cela étant dit, on pourrait faire valoir qu'il vaut mieux ne pas investir principalement dans les services psychiatriques complexes avant de s'être penché sur les problèmes mentionnés plus haut. Le groupe s'est par ailleurs demandé si l'on devait mettre l'accent sur les troubles relativement rares, comme l'autisme dont l'incidence est faible mais la prévalence relativement élevée.

Ils ont également laissé entendre que seules les méthodes plus simples de modification du comportement et peut-être les techniques axées sur la modification des processus cognitifs, ainsi que le counseling de courte durée axé sur un aspect précis et les médicaments ont un effet curatif démontré. L'hospitalisation et les services éducatifs ou les internats spécialisés, ainsi que la thérapie de groupe et la thérapie axée sur la famille sont des mesures probablement efficaces mais plus coûteuses. Le counseling individuel des enfants dont le comportement laisse présager une délinquance ultérieure et la psychothérapie non axée sur un objectif particulier risquent de ne pas être efficaces. Ils soutiennent en fait que l'efficacité de la psychothérapie de longue durée, en particulier lorsqu'elle est axée sur la compréhension intuitive, n'est pas prouvée. La psychothérapie de courte durée devrait, selon eux, se limiter à quelques séances dirigées par un professionnel de la santé mentale qui ne serait pas un psychiatre. Celui-ci pourrait faire appel au psychiatre pour le diagnostic et pour des consultations en cours de thérapie. J'ai discuté de cette question avec le docteur Sartorius, qui m'a signalé qu'elle avait suscité de vives discussions à l'intérieur du groupe. Si l'on ne tient compte cependant que des résultats obtenus jusqu'à maintenant, ces conclusions semblent raisonnables, particulièrement pour les pays en voie de développement. Il reste à déterminer dans quelle mesure ces recommandations s'appliquent à des pays plus développés.

Compte tenu du climat d'extrême tension qui règne entre les psychiatres et les autres professionnels de la santé mentale dans les services de santé mentale pour enfants, on est plutôt enclin à abandonner le système vertical de prestation de services axé sur la psychiatrie au profit d'une structure plus horizontale caractérisée par l'accès généralisé à tous les services destinés aux enfants et le décloisonnement des attributions. Certains prétendent qu'on peut avoir besoin des psychiatres dans les cas les plus graves, mais autrement on souscrit en général au principe de la compétence égale. Il est intéressant de noter que d'après les enquêtes effectuées récemment en Ontario, la population dans son ensemble est favorable au concept du professionnel généraliste en santé mentale, mais pour tous les cas plus compliqués, elle préfère un professionnel qui a reçu une formation plus poussée. En fait, le débat n'est pas nouveau, on n'a qu'à se rappeler des discussions à propos du rôle respectif des médecins et des infirmières praticiennes.

Après ce rapide survol du domaine - à la fois objectif et subjectif - on peut se demander quelle est la meilleure façon d'évaluer un modèle particulier de services thérapeutiques ou d'intervention. Dan Offord a proposé récemment[6] un modèle général d'intervention ou de mise en oeuvre d'un programme d'intervention. Il est nécessaire tout d'abord d'avoir une certaine idée du fardeau de la souffrance, puis on doit discuter de l'étiologie, procéder à des essais de l'efficacité virtuelle*, définir ce qu'on entend par efficacité** et enfin pouvoir déterminer l'efficience***.

Quatre aspects sont à considérer dans la détermination du fardeau de la souffrance : 1) combien d'enfants souffrent de cette affection (pensons par exemple à l'autisme)? 2) Quels problèmes ont vécus ces enfants durant l'enfance, à quel point ont-ils souffert? 3) Le trouble a-t-il persisté jusqu'à l'âge adulte? On dispose encore de peu de renseignements sur la morbidité adulte associée à un trouble psychiatrique de l'enfance qui aient permis d'établir avec certitude l'existence d'une relation de cause à effet. En dépit de ce que peuvent penser certains psychiatres, les jeunes peuvent vivre des expériences enrichissantes et intéressantes après l'âge de 12 ans. 4) Certains des traumatismes irréversibles de l'enfance se révèlent en fait relativement réversibles. Par exemple, la plupart des individus issus de foyers malheureux ont plus tard une vie conjugale stable, et les continuités sur trois générations sont moins fréquentes que celles sur deux générations[4]. Lorsqu'on dispose de peu de ressources, il est utile de savoir quels enfants risquent de souffrir de troubles chroniques, de manière à pouvoir affecter une juste portion des ressources à ce groupe (on présume que l'effet thérapeutique sera égal pour tous les sous-groupes...).

L'affectation des ressources en fonction du fardeau de la souffrance plutôt qu'en fonction de l'intérêt clinique est une façon assez originale d'envisager cette question. Il importe de déterminer le fardeau de la souffrance non seulement pour se convaincre que le problème mérite d'être examiné, mais pour fournir au gouvernement et autres organismes des arguments puissants en faveur de la recherche clinique et des initiatives pédagogiques dans le domaine.

Pour ce qui est de l'étiologie, on doit distinguer le facteur de risque ou l'affection des séquelles. Le fait qu'il existe un risque en soi ne signifie pas nécessairement que le sujet sera atteint de cette affection. En outre, les

---

Note du traducteur : * efficacity, ** effectiveness, *** efficiency

programmes qui s'attaquent aux facteurs de risque, par exemple ceux qui sont axés sur la prévention du divorce ou de la séparation, seraient différents de ceux qui cherchent à contrer les répercussions négatives du divorce et de la séparation sur les enfants. Il s'agit de questions différentes qui supposent des modes d'intervention différents et éventuellement qui préviennent des affections cliniques différentes.

Il faut encore une fois en savoir davantage sur les raisons qui font que certains enfants sont atteints et d'autres pas. Il existe bien sûr toutes sortes d'articles très intéressants sur l'invulnérabilité, notamment ceux de Garmezy[7] et d'autres. Il y a également le concept utile de l'enchaînement des effets et des causes : si A entraîne B qui à son tour entraîne C, il est nécessaire que B soit toujours présent pour que C se produise. Ou A peut-il entraîner directement C? Dans une telle chaîne causale, certains facteurs s'additionnent alors que d'autres se potentialisent (un plus un égale trois). Même si l'on doit étudier beaucoup plus à fond ces facteurs, on ne peut attendre d'avoir toutes les données en main avant d'intervenir. On devra donc mettre en oeuvre des programmes d'intervention bien que les données soient insuffisantes dans le but uniquement de voir ce qui en résultera.

Le prochain élément à considérer est l'essai de l'efficacité virtuelle. Celui-ci doit porter sur un programme stable, descriptible qui semble bien fonctionner. Il convient de noter que ces essais ne se limitent pas au seul domaine de la santé mentale. Comme le mentionnait le docteur Webster, ils pourraient intéresser par exemple le domaine juridique ou médico-légal. On devrait tenir compte de certains facteurs dans un tel essai. L'objectif notamment doit être précis, et il doit y avoir une relation entre la littérature sur le sujet et les objectifs proposés. On doit idéalement s'appuyer sur certaines bases théoriques justifiant le choix d'une intervention donnée. L'échantillon devrait être décrit de façon précise; il est peu probable, par exemple, qu'une intervention puisse fonctionner pour tous les enfants qui subissent les contrecoups d'un divorce ou d'une séparation.

D'importants sous-groupes doivent donc être définis au préalable; chacun étant probablement plus réceptif à un ensemble de mesures qu'à un autre, et le programme évalué doit être limité à un sous-groupe bien précis.

Pour ce qui est de la méthodologie employée dans l'évaluation d'un programme d'intervention, on préfère habituellement un essai dans lequel les sujets sont répartis de façon aléatoire dans le groupe de traitement et le groupe témoin ou encore dans deux groupes de traitement différents. L'intervention doit être reproductible - de préférence dans un autre milieu - et l'on doit veiller à l'observance des prescriptions thérapeutiques. Il est possible d'envisager d'appliquer de telles mesures de prévention à l'ensemble de la collectivité, à certains sujets repères ou aux groupes à haut risque.

Par exemple, dans le cas de la séparation et du divorce, le problème peut être trop répandu pour se prêter à une intervention cas par cas. Il est donc essentiel d'envisager une intervention communautaire à grande échelle. Toutefois, ces programmes de grande envergure peuvent donner lieu à l'inclusion d'enfants qui n'ont pas besoin d'aide. Jusqu'à ce qu'on ait défini

de façon assez précise le sous-groupe d'enfants à risque, il convient encore une fois d'user de prudence lorsqu'on intervient. À cet égard, il serait préférable d'avoir recours à la formule du projet pilote, même pour les troubles très prévalents.

Dan Offord soutient qu'il faut absolument disposer d'instruments psychométriques sûrs et appliquer tout un éventail de mesures des résultats à l'objet de l'étude. On se rappellera que dans le programme Headstart, les mesures des résultats étaient au départ trop limitées et ne rendaient pas compte d'un certain nombre de retombées positives du programme. Dans les études sur l'issue de la schizophrénie dont nous a entretenu le docteur Wattie, les critères relatifs à l'issue de la maladie devraient être définis de façon très large.

Il reste deux questions à considérer : on devrait tout d'abord effectuer un essai de l'efficacité pour déterminer quels facteurs particuliers ont assuré le succès de l'intervention et de quelle façon on pourrait appliquer ces connaissances à d'autres milieux. On s'inquiète souvent par exemple du fait qu'un programme pourrait être lié à la classe sociale, la classe moyenne pouvant être la bénéficiaire des services offerts. Il importe de faire en sorte que les interventions s'appliquent à toutes les classes sociales.

La façon d'utiliser les résultats dans d'autres domaines ou avec d'autres cliniciens pose un problème intéressant. Enfin, il y a le concept d'efficience, à savoir l'application sur une grande échelle de mesures d'intervention sans que cela ne soit trop coûteux. Une fois qu'on a découvert un programme efficient, on devrait le réévaluer afin de déterminer s'il est maintenant possible de réduire le fardeau de la souffrance défini au départ.

En résumé, les travaux du docteur Offord donnent à penser qu'il est nécessaire d'examiner ce que vivent les gens dans une situation particulière de stress, tant des points de vue du fonctionnement subjectif, socio-économique qu'à d'autres points de vue. On doit effectuer plus de recherches sur l'étiologie et l'efficacité virtuelle et mettre en oeuvre plus de programmes d'intervention; une fois ces programmes établis, on devra établir des réseaux afin d'accroître l'efficience de ces programmes et de réduire effectivement le fardeau de la souffrance.

Le terme réseau suppose idéalement que les travailleurs de la santé coordonnent leurs efforts et échangent de l'information avec leurs collègues, lesquels réserveront un accueil aussi enthousiaste aux résultats des autres chercheurs qu'aux leurs. En pratique, bon nombre de nos collègues sont assez indifférents à nos résultats de recherche et tendent à être fascinés par les leurs qu'ils jugent capitaux. Il faut donc discuter de la valeur relative des résultats de chacun, et une fois parvenu à un consensus, transmettre ces données aux gouvernements.

Un certain nombre de conférenciers ont signalé l'existence d'un délai, dont on ignore les causes et les modalités, dans l'application des résultats de recherche par les gouvernements. Si l'on répète les faits importants assez souvent, en s'abstenant d'utiliser ce jargon qui nuit aux communications entre

les cliniciens et les hommes politiques, il devrait être possible de discuter de façon assez cordiale avec les autorités politiques. Par exemple, on peut maintenant discuter des effets néfastes des placements répétés dans des foyers différents. Il est également possible de souligner des résultats plus positifs, notamment que l'effet global de toute séparation est moins désastreux qu'on ne l'aurait cru au départ. Les enfants sont plus malléables qu'on ne le pensait, de sorte qu'il est possible de prendre un grand nombre de mesures de prévention primaire et d'intervention assez simples.

En conclusion, il semble que sur le plan des méthodes, nous avons fait beaucoup de progrès dans les domaines de la pédopsychiatrie et des services de santé mentale à l'enfance en général. Nous disposons de systèmes diagnostiques acceptables et d'un certain nombre de systèmes d'information formels et de protocoles d'entrevues standardisés qui sont fiables et nous confèrent une certaine crédibilité quand nous discutons de certains troubles particuliers avec nos collègues. À mon avis, c'est là un progrès digne de mention. De plus, nous avons réussi à concevoir des méthodes satisfaisantes pour réaliser des enquêtes à l'échelle communautaire et à examiner certains épisodes de maladie du point de vue de leur incidence et de leur prévalence, de leurs effets généraux et de l'issue de la maladie, en particulier après l'intervention. Nous avons entrepris de déterminer quels troubles devraient être considérés en priorité lorsque les ressources disponibles sont rares. Nous tentons également d'évaluer les effets d'une intervention psychopharmacologique et psychothérapeutique sur certains symptômes.

Je crois que nous vivons actuellement une période très salutaire d'échanges entre les diverses disciplines de la santé mentale. Ce n'est pas nécessairement une période facile, la pédopsychiatrie ayant toujours coexisté avec des disciplines professionnelles bien structurées et très efficaces dans d'autres domaines de la santé mentale infantile. Mais j'espère qu'avec les nouvelles connaissances que nous avons acquises et avec des objectifs raisonnables à atteindre, nous pourrons mettre fin à ces changements radicaux de position que nous avons connus, à savoir le passage des hiérarchies verticales axées sur la psychiatrie aux structures horizontales avec leur idéal de l'honnête homme, pour enfin arriver à la position intermédiaire décrite par le docteur Sartorius.

Résumé

Lors de nos discussions sur le sujet général des priorités en matière de santé mentale, nous constatons qu'il existe un certain nombre de points où des progrès ont récemment été réalisés. Les troubles décelés chez les enfants et les adolescents sont maintenant mentionnés dans des classifications standard, comme le DSM-111 et le ICD-9. Il existe aussi un certain nombre de programmes d'entrevue normalisés, de même que des échelles générales et spécifiques de classement. Il est donc possible de nos jours de procéder à des études cliniques et épidémiologiques raisonnablement valables.

Une publication récente de l'OMS propose des priorités dans le domaine de la santé mentale et du développement psychosocial de l'enfant, principalement dans les pays en voie de développement. Plusieurs de ces concepts ont été transposés en élaboration de service dans les pays plus développés. De plus, il existe maintenant une technologie de sondages cliniques généraux destinés à évaluer l'intervention ou la recherche. Étant donné ces développements, il est maintenant possible d'aborder de nombreuses questions fondamentales relatives à la santé mentale de l'enfant.

Références

1. Puig-Antich, J., Chambers, E. et Tabrizi, M., The Clinical Assessment of Current Depressive Episodes in Children : Interviews with Parents and Children, In Affective Disorders in Childhood and Adolescence. An Update, Cantwell, E. & Carlson, D. (Eds), New York, S.P. Books, 1983, pp. 157-179.

2. Achenbach, T.M., The Child Behaviour Profile : An Empirically Based System for Assessing Children's Behaviour Problems and Competencies, International Journal of Mental Health, 1979, 7, 24-42.

3. Rutter, M.L., Protective Factors in Children's Responses to Stress and Disadvantage, In Primary Prevention of Psychopathology, Vol III, Kent, M. & Rolf, J. (Eds), University Press of New England, 1979, pp. 49-74.

4. Organisation mondiale de la Santé, Santé mentale et développement psychosocial de l'enfant, Rapport technique n° 613, OMS, Genève, 1977.

5. Robins, L.N., Deviant Children Grown Up, Baltimore, Williams & Wilkins, 1966.

6. Offord, D., Synthesis of Discussion on Services, Communication présentée lors de la Federal Conference on Children Affected by Separation and Divorce. Ottawa, 1984.

7. Garmezy, N., The Study of Competence of Children at Risk for Severe Psychopathology, In Anthony, E.J. et Koupernik, C. (Eds), The Child and his Family : Children at Psychiatric Risk, New York, John Wiley, 1974, pp. 77-98.

TROISIÈME THÈME - PROBLÈMES ET PRIORITÉS : UN APERÇU GÉNÉRAL

PRIORITÉ AUX VALEURS ET CROYANCES
UNE INTRODUCTION AUX ATELIERS

JOHN K. CLAYTON, M.D.
Coordonnateur d'ateliers

La livraison de décembre 1983 de Santé mentale au Canada renferme un article rédigé par Neufeldt, intitulé "À la recherche de nouvelles voies pour les services de santé mentale". C'est un thème qui reviendra constamment au cours de notre symposium, surtout dans le cadre des discussions en petits groupes où l'on vous demandera de suggérer des moyens pour traduire les conclusions de recherche en priorités. Permettez-moi de citer à ce sujet l'article de Neufeldt :

> "Le grand problème réside dans la nature même des hypothèses retenues. Des planificateurs de tous genres ont eu tendance à partir du principe que ce dont nous avions besoin était une masse de plus en plus grande de données, alors que ce qui fait vraiment défaut c'est une connaissance plus approfondie des valeurs".

Selon cet auteur, nous disposons de suffisamment de données; par contre, nous devons attacher une plus grande importance aux valeurs. Nous avons besoin de principes très nets sur lesquels nous fonder pour établir des priorités.

Il y a longtemps que la question des valeurs et des attitudes retient l'attention des chercheurs canadiens. Il y a plus de 25 ans de cela, Cummings et Cummings décrivaient dans Closed Ranks les attitudes d'une collectivité en montrant comment les gens ont tendance à frapper d'ostracisme ceux qu'ils ne comprennent pas. C'est ainsi que les malades mentaux étaient relégués à un hôpital psychiatrique éloigné de la collectivité. Les auteurs de cet ouvrage ont également montré l'inefficacité des efforts entrepris pour transformer les attitudes de la population par l'entremise de programmes de sensibilisation. Ils ont décrit, dans un autre ouvrage intitulé Ego and Milieu, l'influence sous-jacente des messages, des jeux de force et des croyances sur le comportement tant des malades que du personnel au sein de l'hôpital éloigné de la collectivité. Cet ouvrage a énormément rejailli sur les priorités et pratiques du début des années 1960, au même titre que The Mental Ward, dont l'auteur est Morgan Martin. Ce dernier soutenait que seuls les responsables de la thérapie devaient prendre des décisions en matière d'admission, ce qui était un point de vue révolutionnaire à l'époque. Habituellement, les sujets étaient internés par des personnes qui n'avaient rien à voir avec la thérapie et la réadaptation.

En 1977, l'Association canadienne pour la santé mentale publiait une étude dans laquelle étaient décrites les valeurs et attitudes qui ont marqué profondément les services canadiens de santé mentale à l'époque. Une partie de cette étude, à laquelle j'ai moi-même participé, consistait en des entretiens avec d'éminents spécialistes de notre domaine, plus particulièrement avec les responsables provinciaux de la planification et des services de santé mentale.

Dans la plupart des provinces, les hôpitaux psychiatriques et leur personnel ont pris un virage spectaculaire qui n'était pas étranger aux recommandations contenues dans "More for the Mind", et qui a été rendu possible grâce au travail acharné et au dévouement d'innombrables fonctionnaires et professionnels. Les hôpitaux psychiatriques étaient mal vus et la tendance était à la réinsertion dans la collectivité.

Ce vent de changement qui a soufflé à l'époque a été décrit de multiples façons :

"Voilà que nous renouons avec l'ère des nombreuses maisons d'aliénés", de proclamer un critique. Il y a aussi cet homme politique très puissant d'une autre province qui a affirmé : "Je suis décidé à fermer les hôpitaux psychiatriques. Les soins psychiatriques, au même titre que tout autre type de soins, sont du ressort de l'hôpital général, du médecin à clientèle privée et du système de la libre entreprise". Et ce témoignage d'un observateur d'une autre province : "Ici, nous sommes antispécialistes, surtout lorsqu'il s'agit de psychiatres. Les professionnels, on en a à en revendre. Or, la majorité des gens ont des besoins très concrets. Ici, la formation en sciences infirmières est capitale".

Ce sont là des déclarations de responsables de politiques à l'intérieur de services de santé mentale. Il semblerait que les options offertes aux malades aient été directement tributaires de croyances très différentes.

Trop souvent, en l'absence de données immédiatement pertinentes, les responsables des politiques et de la planification se sont vus contraints de se fonder sur leurs propres perceptions et croyances.

Je me permettrai à cet égard de citer "Health planners". Bon nombre de ceux qui s'occupent de planification des soins de santé ont énormément de difficulté à comprendre et à conceptualiser le réseau de soins de santé mentale.

Voici, à ce sujet, les propos tenus par un de ces planificateurs : "On n'a pas creusé à fond le domaine de la santé mentale comme on l'a fait dans le cas des autres spécialités. Jusqu'ici, on a laissé aux seules instances politiques la responsabilité de prendre les décisions capitales". Et ce son de cloche d'une autre province : "Nous ne nous sommes pas vraiment penchés sur la santé mentale. Notre principal objet de préoccupation a été les hôpitaux et les soins primaires". Selon un représentant d'une autre province : "Les responsables de la planification n'ont pas bien saisi ce qui se passe en santé mentale. On a l'impression de donner des coups d'épée dans l'eau. On peut se compter chanceux de s'en sortir, même avec les mains vides. Les planificateurs défendent très mal leur cause et sont incapables d'avoir une vision d'ensemble du domaine". Enfin, une observation positive : "Nous devons trouver un moyen de faire front commun. Nous avons besoin d'un langage commun".

Comment transformer les choses?

Ce qui intéresse particulièrement les participants au symposium ce sont les croyances (valeurs et attitudes) des personnes influentes qui définissent les priorités et qui peuvent réaliser des changements. On doit maintenant se demander comment procéder pour transformer les choses.

Ce symposium a été un creuset, dans lequel se sont côtoyés chercheurs, cliniciens, éducateurs et administrateurs. Certains n'assument qu'une fonction; beaucoup en assument plus d'une. Ainsi, chaque atelier sera le produit de points de vue et d'expériences très divers. Les résumés de vos discussions seront forcément le produit le plus intéressant de ce symposium, car il s'agit en fait de sa raison d'être.

Avant de nous disperser en groupes de discussion, permettez-moi d'énumérer certaines croyances répandues au sujet de la façon de procéder pour produire des changements.

Tout d'abord, certains croient que l'introduction d'un changement important entraînera nécessairement des changements sur les autres plans. Je citerai à cet égard les propos tenus par deux d'entre vous : "À l'intérieur de nos hôpitaux psychiatriques, la décision d'opter pour des administrateurs profanes a représenté un tournant décisif". Ou encore "Décentralisons. Une autorité centrale ne peut vraisemblablement être responsable de tout ce qui se produit dans cet énorme appareil. Avec la création de conseils régionaux, des pouvoirs seront conférés et des responsabilités assumées à l'échelle locale".

Il y a une seconde croyance fondée sur la recherche qui révolutionne le domaine. Là encore, je cite l'un d'entre vous : "Ce qui importe avant tout c'est la recherche qui bouleversera la thérapie, par exemple, la pénicilline, les tranquillisants et le lithium".

Un autre moyen de transformer les choses consiste, croit-on, à mettre sur pied un réseau complètement différent. Je cite cette fois l'étude de l'Association canadienne pour la santé mentale :

> "Dans cette province, les unités psychiatriques des hôpitaux généraux ont réussi, au cours des dernières années, à apporter plus de changements aux hôpitaux psychiatriques que nous ne l'aurions pu faire de l'intérieur du système. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à cette même tâche, mais cette fois, c'est le nouveau réseau de soins primaires qui changera le mode actuel de prestation des services...".

Une quatrième façon de procéder consiste à modifier les rapports entre les diverses disciplines concernées. C'est ce qui ressort très nettement de la citation suivante : "C'était là l'objectif que nous nous étions fixé. Modifier les rapports entre nos services de santé mentale, les organismes, les omnipraticiens et les juges".

Il existe encore d'autres solutions. Par exemple, on peut se fier aux pouvoirs de certaines gens, à des personnages influents, et à des éléments d'information solides, comme en témoignent les citations suivantes : "Les directeurs régionaux doivent avoir des qualités de leader et un personnel capable... des experts en finances, en planification de la recherche et en systèmes d'information"; "C'est l'information qui fait la force. Même lorsque j'avais affaire à un responsable de conseil scolaire local, je n'ai jamais eu de problèmes lorsque je m'appuyais sur des arguments solides. Les gens changent de point de vue lorsqu'ils saisissent bien les questions".

Chacune de ces croyances se justifie, mais il est également vrai que quelques rares professionnels n'y ajoutent pas foi, croyant plutôt que seules des pressions extérieures peuvent produire des changements. Certains croient que les consommateurs et les apôtres de certaines idées doivent se servir des tribunaux comme arme, s'ils veulent que les choses évoluent vraiment. Certains encore croient que seul un bouleversement socio-économique peut humaniser certains aspects aliénants du système actuel, même si cela ne correspond pas à leur propre crédo politique. D'autres encore pensent que la clé réside dans le système scolaire.

Dans cette introduction aux ateliers, j'ai essayé de montrer comment l'orientation et les paramètres des changements possibles sont tributaires d'une foule de valeurs et de croyances, y compris de nos propres principes.

À vous maintenant de jouer. Je vous invite à considérer le domaine de la santé mentale dans son ensemble, à alimenter les discussions de vos propres connaissances et de votre expérience et à recommander certains moyens à utiliser pour traduire les conclusions de recherches en priorités.

RAPPORTS D'ATELIERS

Les participants au symposium provenaient de milieux divers, exerçaient des professions et assumaient des responsabilités très différentes dans la mesure où ils oeuvraient aussi bien dans le domaine de la planification et de l'administration des services de santé mentale que dans des secteurs de recherche très spécialisés. On trouvait parmi eux des chercheurs, des cliniciens, des éducateurs et des administrateurs. Grâce au symposium, le débat sur les conclusions de recherche et leur incidence sur l'établissement de priorités a pu être engagé sous des angles très différents.

Les participants à chaque atelier devaient aborder le domaine de la santé mentale de façon globale dans le cadre de leurs discussions sur les points suivants :

1. les faits connus qui devraient être probants dans la détermination de l'ordre de priorités;

2. les secteurs où il est indispensable d'approfondir les recherches;

3. les principales lacunes sur le plan de l'application des conclusions de recherches à la prestation des services;

4. les recommandations concernant les mécanismes à utiliser pour que les conclusions de recherches soient bien prises en considération dans l'établissement de l'ordre de priorité.

Les participants ont axé les discussions en atelier sur l'une des quatre populations cibles suivantes :

1. l'alcoolique,
2. le malade chronique,
3. les enfants,
4. les personnes âgées.

Les quatre groupes ont, au terme de deux séances en atelier, présenté un résumé de leurs discussions et recommandations dont on trouvera ci-après un compte rendu.

L'alcoolique

Rapport présenté par le docteur Robert Duguay

Selon des études récentes, 12 p. 100 du coût des soins de santé destinés aux adultes au Canada seraient affectés à des problèmes liés à l'alcool, et environ le quart de la population masculine adulte aurait un problème lié à l'alcool. De ces 25 p. 100, 20 p. 100 peuvent être considérés comme des buveurs problèmes et les autres 5 p. 100 comme des "alcooliques". Cette dernière catégorie manifeste des symptômes de dépendance à l'égard de l'alcool

comme le sevrage alcoolique et un abandon face à la boisson. Les statistiques sont plus alarmantes encore chez certains groupes comme les autochtones; toutefois, en raison du manque d'études épidémiologiques exactes et de difficultés importantes d'interprétation, nos conclusions doivent être prudentes (Heath, 1983).

Des travaux de recherche récents nous ont fourni, toutefois, les informations importantes suivantes :

1. De nombreux buveurs problèmes ne cherchent jamais à se faire traiter.

2. Les individus socialement stables aux premiers stades du problème ont peut-être de meilleures chances de s'en sortir.

3. La gravité de la dépendance à l'égard de l'alcool peut être une variable déterminante lorsqu'il s'agit de décider entre l'abstinence et la modération.

4. Les traitements intensifs ne seraient pas plus efficaces que les interventions brèves pour de nombreuses personnes aux prises avec des problèmes liés à l'alcool.

Par conséquent, il faudrait mettre au point des techniques de dépistage afin de déceler les buveurs problèmes le plus tôt possible, puisque la détection précoce ainsi que des interventions rapides et brèves peuvent améliorer sensiblement le prognostic dans le cas de certaines personnes.

Il faut reconnaître, toutefois, que les notions de détection précoce et de prévention supposent l'existence d'un problème qui, s'il n'est pas réglé, ne fera que s'amplifier linéairement. Dans certains cas, les problèmes de l'alcoolisme suivent ce modèle, mais ce n'est pas le cas la plupart du temps (Cahalan, 1970; Clark et Cahalan, 1976). En outre, dans l'état actuel des connaissances, il est impossible de distinguer les individus irrécupérables de ceux dont le problème se présentera de façon intermittente et non progressive. Pareilles considérations ne remettent pas en cause la valeur de la détection précoce et de la prévention, mais conduisent à mettre davantage l'accent sur le besoin d'établir des moyens efficaces d'accomplir les deux. Des méthodes simples, peu coûteuses et très efficaces de détection précoce et de prévention peuvent raisonnablement prétendre à une application généralisée même si leur absolue nécessité, dans chaque cas, ne peut être établie de manière décisive.

À la lumière de ces constatations, il importe de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre le phénomène complexe des problèmes liés à l'alcool que, d'ailleurs, l'on arrive pas encore à saisir complètement. Il semble aussi que des traitements ne doivent pas être administrés à un malade donné ou à une population donnée sans une évaluation méthodique et complète des facteurs en cause ainsi que des forces et des faiblesses de chaque individu. On semble en général d'accord pour dire que les problèmes de l'alcoolisme résultent d'une multiplicité de facteurs pour lesquels existent diverses

approches thérapeutiques. Par conséquent, les traitements devraient correspondre aux problèmes (Glaser, 1980; Glaser, Annis, Skinner, Pearlman, Segal, Sisson, Ogborne, Bohnen, Gazda et Zimmerman, 1984; Glaser et Skinner, 1981; Skinner, 1981). Nous sommes également d'accord avec un dépistage précoce des problèmes au moyen d'une évaluation systématique (en ayant recours, par exemple, à des questionnaires et à des microordinateurs, comme l'a mentionné le docteur Skinner) et de l'exécution d'interventions précoces, sous réserve des dispositions indiquées plus haut.

Au niveau primaire de prévention, il faudrait envisager de recourir aux médias, aux éducateurs ainsi qu'aux mécanismes de réglementation et de surveillance par l'entremise des pouvoirs publics. On manque, toutefois, d'information concernant les effets uniques de l'une quelconque de ces approches. Mais, on estime que leurs effets conjugués réduisent sensiblement les risques de développement des problèmes liés à l'alcool (ARF Task Force Report, 1981).

Références

Cahalan, Don. Problems drinkers: A national survey. San Francisco: Jossey-Bass, 1970.

Clark, Walter B., et Cahalan, Don. Changes in problem drinking over a four-year span. Addictive Behaviors, 1976, 1, 251-259.

Glaser, Frederick B. Anybody got a Match? Treatment research and the matching hypothesis. In Griffith Edwards & Marcus Grant (Eds.), Alcoholism treatment in transition. London: Croom Helm, 1980.

Glaser, Frederick B.; Annis, Helen M.; Skinner, Harvey A.; Pearlman, Shelly; Segal, Ruth L.; Sisson, Barry; Ogborne, Alan C.; Bohnen, Elizabeth; Gazda, Paul; et Zimmerman, Torbin. A system of Health care delivery. 3 volumes. Toronto: Addiction Research Foundation, 1984 (à l'impression).

Glaser, Frederick B., et Skinner, Harvey A. Matching in the real world: A practical Approach. In Edward A. Gottheil, Thomal McLellan, & Keith A. Druley (Eds.), Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse. Springfield: Charles C. Thomas, 1981.

Heath, Dwight B. Alcohol use among North American Indians: A cross-cultural survey of patterns and problems. In Reginald G. Smart, Frederick B. Glaser, Yedy Israel, Harold Kalant, Robert E. Popham, & Wolfgang Schmidt (Eds.), Research advances in alcohol and drug problems, Volume 7. New York: Plenum Press, 1983.

Schankula, Henry J. (Président). Alcohol: Public education and social policy. Report of the Task Force on Public Education and Social Policy. Toronto: Addiction Research Foundation, 1981.

Skinner, Harvey A. "Different strokes for different folks": Differential treatment for alcohol abuse. In Roger E. Meyer et al. (Eds.), Evaluation of the alcoholic: implications for research, theory, and treatment. Rockville, Maryland, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Research Monograph #5, 1981, pp. 349-367.

Le malade chronique

Rapport présenté par le docteur John Toews

Le groupe a essayé tout d'abord d'esquisser le profil du malade chronique, mais a décidé qu'il était impossible, en raison des contraintes de temps, de présenter une définition qui pourrait nous satisfaire. Dans le passé, de nombreuses études ont utilisé des mesures faciles comme la durée de l'hospitalisation, la durée des soins et le nombre d'admissions à l'hôpital, pour désigner le malade chronique. Vu l'état actuel de nos connaissances, nous devons commencer maintenant par examiner les définitions fonctionnelles du malade chronique, c'est-à-dire déterminer dans quelle mesure son affection constitue pour lui un handicap fonctionnel persistant. Si nous pouvons découvrir de bonnes mesures fonctionnelles, nous aurons moins recours au nombre d'admissions à l'hôpital qui varie considérablement en fonction des places disponibles, de l'optique particulière de la communauté et de la tendance à privilégier la réinsertion communautaire à l'hospitalisation.

Nous savons maintenant en général comment prévenir une nouvelle hospitalisation et connaissons les moyens d'y parvenir : la surveillance post-thérapeutique et la médication constantes. Toutefois, nous ignorons comment rendre quelqu'un fonctionnel. Nous ne comprenons pas encore tout à fait comment transférer des malades, particulièrement ceux dont la santé est la plus détériorée, de l'hôpital à un environnement communautaire adéquat. En particulier, nous n'avons pas les outils qu'il faut pour traiter la question de la qualité de vie des individus. Nous ne connaissons pas trop les facteurs qui favoriseront une bonne adaptation et un sens personnel des valeurs. Malgré ses lacunes, la recherche en épidémiologie, en pharmacologie et en physiologie, a devancé la recherche en sciences sociales, au cours des dernières années.

Les sujets sur lesquels il faudrait se pencher sans délai se retrouvent généralement dans le domaine sociologique et portent souvent sur certains aspects du réseau de services. Voici, d'après nous, les points sur lesquels il faudrait axer davantage la recherche :

1. Nous ne savons pas suffisamment comment adapter un traitement aux besoins de l'individu. Nous nous servons encore d'un modèle de "catégorie" - le malade "chronique" - comme s'il y avait une homogénéité chez les malades chroniques, alors que nous savons qu'il en existe plusieurs sous-groupes. Même dans le cas des diagnostics les plus courants, nous avons divers groupes de personnes aux

besoins quelque peu différents. Nous nous sommes donc tenus au niveau de la catégorie générale sans passer au niveau de la sous-catégorie, encore moins au niveau individuel.

2. Il y a lieu d'étudier les méthodes de réadaptation psychosociale.

   - Quels sont les déficits fonctionnels?
   - Comment peut-on les déceler rapidement et systématiquement?
   - Avons-nous des techniques correctives bien précises?
   - Quel est l'effet du lieu où sont dispensés les soins sur l'individu?

3. Quelles sont les caractéristiques des programmes et des établissements qui dispensent de bons soins? Le docteur Wattie en a mentionné quelques-unes lors de sa causerie d'hier. Nous avions envisagé une vaste étude qui déterminerait les résultats. Nous nous sommes interrogés au sujet des caractéristiques des établissements ayant de bons ou de mauvais résultats et nous nous sommes demandé si nous pouvions isoler ces facteurs afin de nous en inspirer dans la conception des services.

4. Quelle est la nature de l'interaction sociale du malade mental chronique? Nous pensons particulièrement ici aux schizophrènes et à leurs besoins sociaux. Comme les relations qu'ils entretiennent avec d'autres sont différentes, nous pensons parfois qu'elles sont inexistantes, ce qui n'est pas le cas. Quels sont les besoins sociaux et les modes d'interaction sociale particuliers que nous devons connaître lors de la planification de programmes thérapeutiques et en établissement?

5. Il y a lieu également d'étudier le phénomène de l'entraide. Il comporte les éléments de l'interaction sociale ainsi que les types d'aide que les malades peuvent se donner entre eux. Pourquoi certains groupes ont-ils besoin de plus de services professionnels que d'autres? Y a-t-il moyen de combler les lacunes afin de modifier la situation?

6. Quelles sont les caractéristiques d'un milieu thérapeutique? Qu'est-ce qui assure aux gens tant à l'hôpital que dans la communauté un milieu thérapeutique viable? Comme les problèmes des malades mentaux chroniques tendent à être davantage de nature urbaine que rurale, il convient de faire une étude sociologique et sociogéographique approfondie de la ville. Ce qui signifie que nous devons considérer, entre autres, l'organisation du logement, les modes de transport, qui permettent à pareils groupes de personnes de bien vivre dans le milieu urbain complexe.

7. Qu'advient-il du moral du personnel des hôpitaux provinciaux? Le processus de décentralisation a-t-il une telle incidence sur le moral du personnel au point de nuire à la qualité des soins qu'il dispense? Les hôpitaux phychiatriques devraient-ils exister? Dans l'affirmative, quel est leur rôle particulier? Les types de soins que peuvent fournir les unités de soins des hôpitaux généraux sont-ils suffisants?

8. Nous devons prêter une attention particulière au nouveau malade chronique, celui qui n'a pas été hospitalisé. Il convient, à cet égard, de faire une recherche épidémiologique et phénoménologique intensive.

9. Nous devons examiner le rôle de l'éducation publique. Celle-ci n'a pas en fait réussi à améliorer le sort réservé au malade mental chronique. Selon le docteur Leighton, nous devrions plutôt viser, par l'éducation, à changer les attitudes défensives de la société à l'égard de l'aliénation mentale et du malade mental.

10. Nous devons examiner des modèles de prestation de services. On fait souvent une distinction entre les problèmes qui relèvent de la santé et ceux qui ont trait à l'aide sociale. Quels sont les modèles qui réunissent ces deux éléments si essentiels aux soins du malade mental chronique?

Pour passer de la recherche à la politique, nous estimons qu'il y a lieu d'intervenir auprès du gouvernement, des hauts fonctionnaires et des praticiens. Dans chacune de ces sphères, il est peut-être possible de transformer les attitudes.

Les enfants

Rapport présenté par le docteur Brian McConville

C'est la question posée par monsieur Remple, responsable de la prestation de services psychiatriques, qui a donné le ton à notre discussion. Il s'inquiète en effet de ce qu'en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants, les établissements psychiatriques pour enfants ne soient débordés sous peu par suite de l'arrivée d'un certain nombre d'enfants et d'adolescents dont les troubles seront probablement mal diagnostiqués, qui seront placés dans des établissements psychiatriques en vue d'être évalués et peut-être même traités. Nous avons été ainsi amenés à nous demander ce qu'on pourrait faire pour certaines catégories diagnostiques et à laquelle d'entre elles on devrait affecter des fonds, des ressources et des compétences.

Dans le domaine des troubles de conduite, nous en savons beaucoup sur le pronostic émis dans le cas des troubles graves du comportement -- le pronostic est <u>défavorable</u> -- et sur les modes de traitement qui s'y appliquent. Cela nous a conduit au coeur même du problème, c'est-à-dire la question du diagnostic. Il va sans dire qu'il y aura un grand nombre d'enfants dont les

troubles seront mal diagnostiqués, des enfants chez qui l'on observera une dépression, un trouble déficitaire de l'attention ou un trouble d'apprentissage à l'état latent au primaire. À propos de ce groupe particulier, nous savons en effet que les sujets n'éprouvent pas seulement des troubles de conduite, mais encore sont-ils en général issus de classes socio-économiques défavorisées, ont de terribles difficultés d'apprentissage et peu d'estime de soi. Dans notre étude, nous avons élargi ce concept au-delà des différentes évaluations diagnostiques cliniques de manière à englober la notion de dynamique sociale. Cela nous a amenés à discuter de l'ensemble du contexte social et à envisager la possibilité d'examiner des facteurs comme le chômage en tant que déterminant l'afflux d'enfants à des époques particulières. À titre de cliniciens, il ne nous est pas facile de penser de cette façon, mais, selon le groupe, nous devrions commencer à penser ainsi. Nous devons être en mesure de poser aussi bien un diagnostic clinique qu'un diagnostic social pour avoir de l'impact.

En général, ces faits sont notoires et fournissent un cadre qui permet d'établir l'ordre de priorité. Nous devons également savoir comment utiliser les ressources sans engager trop de fonds dans l'étude des syndromes plus rares comme l'autisme ou la psychose infantile, tout en continuant à veiller à ce que ces enfants reçoivent des soins. Les troubles déficitaires de l'attention et les troubles affectifs chez l'enfant représentent un autre secteur où nous devons approfondir nos connaissances. Ici encore nous faisons des progrès. Règle générale, le groupe est d'avis que nous devrions nous guider sur le fardeau de la souffrance et la fréquence d'un trouble particulier pour décider où affecter nos ressources.

Après avoir débattu assez longuement la question du diagnostic, nous avons abordé celle du traitement. Nous avons beaucoup à faire à cet égard, non seulement en matière de diagnostic phénoménologique, mais encore nous devons nous demander quel groupe de symptômes nous pourrions examiner, quelles stratégies nous devrions employer et quels seront les résultats. Nous devons penser non seulement en fonction de l'enfant, mais aussi en fonction de la famille, de la collectivité ou de l'évolution générale de la société. Pour illustrer ce dernier point, nous pourrions étudier la répercussion de la récente Loi sur le divorce sur les enfants de parents divorcés.

Nous croyons qu'il existe sûrement des lacunes dans l'application des résultats de la recherche, par exemple en ce qui concerne les placements multiples, nos connaissances des troubles de conduite ou nos connaissances du processus cumulatif du stress. Ce qui nous a cependant le plus frappés, c'est que l'approche traditionnellement adoptée par les cliniciens auprès des gouvernements soit peut-être déjà désuète. Nous devons peut-être espérer que les gouvernements, les cliniciens et les chercheurs dans le domaine clinique pourront maintenant se réunir afin d'établir d'un commun accord un ordre de priorité concernant les domaines au sujet desquels il faut accroître les connaissances. Ce besoin de connaissances pourrait ne pas se limiter au clinicien ou au chercheur, mais s'appliquer au concept de la dynamique sociale des grandes vagues de changements profonds tant sociaux qu'écologiques qui déferlent périodiquement sur le système.

Enfin, notre groupe a discuté de l'afflux croissant de mesures législatives et d'avocats dans les réseaux de prestation de services sociaux et psychiatriques. Actuellement, nous débattons la question fondamentale du droit de recevoir ou de refuser un traitement. Lorsque les dispensateurs de soins plaident en faveur de certains modes de traitement ou de prestation de services et que les juristes militent pour les droits de chacun de refuser un traitement, il importe donc que les parties en cause engagent le dialogue afin de décider ce qu'elles doivent faire.

En résumé, nous sommes maintenant mieux informés en ce qui concerne le diagnostic et l'ordre de priorité, mais notre système de diagnostic et de priorité semble étroit et refermé sur lui-même. Nous devons le considérer davantage dans un contexte social. Nous devons entreprendre beaucoup plus de recherche dans ce domaine et obtenir une action commune de la part des cliniciens, des chercheurs et des gouvernements à propos des moyens de dispenser des services. On y gagnerait, par ailleurs, à recourir à la recherche contractuelle dans ce domaine.

Les personnes âgées

Rapport présenté par le docteur H.B. Kedward

La définition des priorités doit dépendre avant tout des impératifs démographiques, et toutes les données disponibles militent non pas en faveur de la modification ou de l'amélioration de l'infrastructure des services à la personne -- car il n'en existe aucune -- mais plutôt de la création d'un système ou plus à titre expérimental.

La seconde catégorie de données qui doit être prise en considération dans la définition de priorités concerne les réseaux complets de soins qui existent dans d'autres pays. Le Canada peut définir ses priorités à la lumière d'une analyse de ses réseaux, tout d'abord, sur le plan de la définition de la portée et du champ d'application du service et, deuxièmement, à propos des mécanismes utilisés pour coordonner les divers éléments, autrement dit, les disciplines rattachées aux services de santé.

Ces termes généraux recouvrent un certain nombre d'éléments précis. On y fera allusion séparément plus tard, mais on considère que ces priorités générales sont suffisamment importantes pour qu'on prenne les mesures qui s'imposent dans les plus brefs délais. La première chose à faire consiste à prendre une décision de principe.

On estime en outre que la question est à ce point importante qu'il y aurait lieu d'instituer une commission royale d'enquête sur la planification centralisée des services sociaux et de santé mentale pour les personnes âgées. En confiant un tel mandat à une commission royale d'enquête, on mettrait l'accent sur la coordination et on braquerait l'attention générale sur les besoins de la population âgée.

Le groupe s'est aperçu que les discussions qui portaient sur la première critique qui nous avait été faite s'appliquait en grande partie à la troisième critique, autrement dit "les lacunes sur le plan de l'application des conclusions de recherche aux réseaux de services". Comme certains l'ont souligné, l'une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas réussi à mettre sur pied des réseaux complets de soins, c'est que nous n'avons nulle part au pays tous les éléments d'un réseau de soutien social qui sont en place et qui permettraient l'implantation d'un modèle de services. Les membres du groupe considèrent cependant que cela ne devrait pas empêcher les choses d'évoluer. Ils sont d'avis que dans un premier temps, il faudrait introduire les niveaux de service les moins intensifs, par exemple :

1. offrir aux médecins de famille un service d'évaluation assuré par un spécialiste (pour appliquer cette mesure dans les foyers, il faudrait, en l'absence d'un régime de vacations, ajouter un supplément à la rémunération à l'acte des médecins);

2. procurer des services de soutien social à domicile (à cet égard, certains ont proposé d'indemniser les membres de la famille au titre des heures de travail perdues. En outre, les allégements fiscaux peuvent contribuer énormément à promouvoir le concept des soins à domicile);

3. prévoir davantage de place dans des centres de jour.

Ce sont toutes des mesures peu draconniennes qui peuvent être introduites par l'entremise de l'échelonnement des niveaux d'intervention.

Le groupe souscrit à l'idée d'un réseau complet de services et de l'introduction progressive ou exceptionnelle des formes d'intervention les moins intensives en prévision de la mise sur pied éventuelle d'un réseau complet.

Tout d'abord, le réseau intégré s'adresserait à un bassin de population. Deuxièmement, il aurait à sa disposition les ressources nécessaires sous forme de lits d'hôpitaux, de places dans les hôpitaux de jour, de travailleurs sociaux et d'infirmières communautaires. Pour assurer une meilleure coordination du réseau intégré, on pourrait promouvoir le partage des responsabilités, par exemple, les partages de coûts entre les services sociaux, les services de santé et la municipalité. On peut se rendre compte de l'importance de cette mise en commun des efforts lorsqu'on doit offrir des logements subventionnés aux personnes âgées.

La deuxième question, qui a trait aux domaines de recherche qui doivent être approfondis, a fait l'objet d'un certain nombre de recommandations :

1. la caractérisation des populations,

2. la définition des capacités fonctionnelles des individus, par exemple l'évaluation des facultés cognitives par rapport au diagnostic et aux traits cliniques,

3. les études thérapeutiques et de gestion, par exemple, le modèle anatomique du cerveau par opposition au modèle physiologique,

4. les études sur les chutes et l'incontinence -- études destinées à déterminer les causes du problème et les possibilités de prévention,

5. les études sur les facteurs qui déterminent la décision prise par la famille de garder un membre âgé à la maison.

En ce qui concerne les mécanismes à utiliser pour tenir compte des conclusions de recherche dans l'établissement des priorités, nous faisons les recommandations suivantes :

1. Il faudrait mettre au point des instruments pour mettre à l'épreuve et évaluer les modèles de service.

2. Il faudrait bien tenir compte de la discipline à laquelle sont rattachées la gériatrie ou la psychogériatrie. Ainsi, si la gériatrie est rattachée à la médecine interne, il faudrait partir du principe qu'il y aurait moins de chances qu'une politique de visites à domicile soit appliquée de façon généralisée.

3. La médecine familiale devrait être traitée dans les programmes d'enseignement, car cette discipline présente un intérêt vital des points de vue de l'administration et de la coordination des services communautaires.

4. Étant donné qu'il est difficile d'inciter les médecins à oeuvrer auprès des personnes âgées, il y aurait lieu d'offrir aux spécialistes un régime de vacations très avantageux.

5. En outre, l'éventail des mesures de soutien avec contrôle de la qualité devrait être suffisamment vaste pour inciter les médecins à oeuvrer pour des établissements autres que les hôpitaux, par exemple, les foyers pour personnes âgées et les résidences protégées.

6. Il faudrait prendre les dispositions qui s'imposent en matière de transport pour permettre aux intéressés de se prévaloir de toutes les possibilités qui leur sont offertes (c'est, selon le docteur Arie, l'élément qui a contribué le plus au succès du vaste réseau de services implanté en Grande-Bretagne).

Nous terminerons sur la note suivante : nous avons un besoin urgent de modèles pilotes et d'une étude fédérale pour que la santé et les services sociaux fassent l'objet d'un énoncé de politique.

Allocution principale

L'IMPORTANCE DE L'ORDRE DE PRIORITÉ DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE

ALEXANDER LEIGHTON
Faculté de médecine
Université Dalhousie

Je devrais peut-être, pour débuter, expliquer ce qu'il m'a été suggéré de faire à ce stade-ci de notre colloque. On m'avait conseillé, en effet, de dire quel enseignement j'avais tiré du colloque, puis de donner mon avis sur les expériences et perspectives en matière de recherche.

Le docteur Sartorius nous a donné un aperçu clair et brillant des difficultés inhérentes à l'application de la recherche scientifique aux services de la santé mentale. Je crois que ce qu'il disait provenait d'une histoire que se racontaient les sociologues et les psychiatres pour se consoler durant la Deuxième Guerre mondiale lorsqu'ils essayaient d'attirer l'attention des décideurs sur les résultats de leurs recherches. L'histoire disait que la science était au décideur ce qu'un réverbère était à l'ivrogne : davantage un appui qu'un instrument de progrès.

Ceux qui ont pris la parole après Norman ont laissé entendre qu'il y avait d'autres obstacles à la prestation de services adéquats, mais ont mis surtout l'accent sur la recherche et les mesures administratives nécessaires à l'amélioration des services et déclaré que l'ordre de priorité devrait y jouer un rôle important.

À mon avis, je pourrais commencer par attirer l'attention sur la perspective historique dans laquelle s'inscrivent nos problèmes et préoccupations en vue de faire ressortir certaines caractéristiques communes. Ensuite, j'aimerais ajouter quelque chose à ce qui a été dit au sujet des obstacles innombrables qui se dressent devant nous, puis, à partir de là, m'étendre un peu sur les raisons pour lesquelles l'ordre de priorité est d'une importance vitale. Au terme de mon exposé, je me risquerai à recommander des mesures concrètes en vue de l'établissement d'un ordre de priorité qui serait acceptable et reconnu.

L'un des problèmes les plus graves auxquels se heurtent ceux qui s'intéressent aux maladies mentales - qu'il s'agisse des malades, de leur famille ou des professionnels - est l'incapacité de la société de créer et de maintenir des réseaux adéquats de soins pour traiter ces troubles. Comme l'a fait remarquer Kathleen Jones (1979) "les réformes en santé mentale ont été marquées par des hauts et des bas". L'histoire, dit-elle, révèle qu'aux périodes d'enthousiasme débordant succèdent de longues périodes caractérisées par "une faible motivation et une désorganisation au cours desquelles il n'est pas facile de s'orienter clairement". Cela s'oppose au caractère cumulatif du développement dans d'autres "secteurs de la politique sociale publique, comme les soins dispensés aux enfants ou aux personnes âgées".

Ce dernier point se rapporte particulièrement à notre colloque. Le domaine de la maladie mentale revêt un caractère quelque peu spécial, et il est confronté à des problèmes qui sont plus graves que dans la plupart des autres secteurs politiques publics. J'y reviendrai un peu plus tard.

L'alternance des hauts et des bas existe depuis l'époque de Pinel et son traitement moral. Les concepts et les efforts scientifiques ont souvent fait partie de ces mouvements depuis les deux derniers siècles, mais, dans chaque cas, les considérations d'ordre scientifique ont tôt ou tard cédé le pas aux émotions. Ces émotions ont, à leur tour, engendré des objectifs nombreux et très souvent peu pratiques, ce qui a entraîné le déclin de nombreux mouvements. Pour mieux comprendre ce que je viens de dire, imaginez des animaux qui se disputent de maigres ressources et finissent par s'exterminer.

C'est dans ce contexte que j'aimerais esquisser mes impressions en ce qui concerne les quatre séries principales de facteurs qui entravent l'expansion des services dans le domaine de la santé mentale.

Pour cela, j'ai eu recours à deux ressources. La première est une étude de cas d'un petit centre psychiatrique libre fondé par des collègues et moi-même en 1951 dans le cadre de l'étude de Stirling County en Nouvelle-Écosse. Cette étude visait à montrer que la majorité des personnes atteintes de maladies mentales pouvaient mieux être traitées dans leur propre communauté, que la prévention des maladies mentales et la promotion de la santé mentale étaient également des objectifs réalisables et que la participation des membres de la communauté à pareil programme avait non seulement pour effet de renforcer le programme, mais encore rendait la communauté plus apte à reconnaître un grand nombre de ses propres problèmes psychosociaux et à les résoudre plus efficacement. L'étude de cas a pris la forme d'un examen permanent des opérations du centre de ses débuts en 1951 jusqu'en 1972. On mit alors arbitrairement fin à la collecte de données de manière à se concentrer sur l'analyse. Cette recherche nous a permis d'observer au niveau microcosmique les processus psychosociaux qui régissaient le fonctionnement du centre.

Ma deuxième source a été une étude épidémiologique longitudinale du bassin de population du centre durant à peu près la même période. Au cours de cette recherche, les taux de prévalence et d'incidence des maladies mentales ont été vérifiés à partir d'échantillons aléatoires du grand public, grâce aux renseignements obtenus sur les personnes non soignées et sur les personnes traitées vivant dans la zone. Il convient peut-être de signaler que ces sondages, à l'instar de ceux qui ont été faits en Norvège et en Suède, reposaient sur des techniques diagnostiques et non sur des estimations globales de la santé mentale ou de la maladie mentale.

Le premier obstacle que je veux mentionner est celui dont j'ai déjà parlé, en l'occurrence les réactions provoquées par les maladies mentales qui sont en général suscitées par la crainte. En présence de ces troubles, particulièrement les psychoses, bien des personnes ont de fortes réactions émotives.

Même le simple fait d'en parler peut causer cet effet. La maladie mentale semble revêtir un caractère primordial et existentiel, comme la crainte de la mort. Le seul fait de penser à des aliénés glace d'effroi.

Face à la maladie mentale, les gens réagissent de la même manière que devant d'autres événements désagréables et recourent à des mécanismes bien connus d'évitement et de déni, ce qui a, par ailleurs, pour effet de placer les services psychiatriques dans une position désavantageuse par rapport à d'autres services, comme l'a observé Jones. Dans notre étude de cas du centre de santé mentale, les attitudes de déni et d'évitement ont gêné sérieusement nos efforts en vue d'intéresser les gens aux politiques du centre. Non seulement avons-nous eu de la difficulté à recruter des gens pour siéger au Conseil de direction, mais encore avec la façon de procéder du Conseil pour régler les problèmes dont il était saisi. Les membres avaient d'ordinaire recours à des termes comme "santé mentale" pour ne pas avoir à faire allusion à des faits bien précis. Par conséquent, leurs efforts pour analyser et résoudre des problèmes étaient nébuleux et isolés de la réalité par un mur d'abstractions vagues. Les troubles mentaux auraient presque tendance à égarer et à paralyser les facultés tant des personnes bien portantes que des malades.

Cette émotivité et ces réactions devant la maladie mentale ont donné lieu à une multitude d'objectifs pour les services psychiatriques, objectifs dont le nombre augmente de façon spectaculaire lorsqu'on parle de "santé mentale" et non plus de "maladie mentale". Mais, malheureusement, les ressources font défaut.

Le second obstacle qu'il convient de mentionner ici découle dans une très large mesure du premier et consiste en une tendance à agglutiner toutes les maladies mentales en une entité clinique. Le grand public en général, les rédacteurs des médias, presque tous les technocrates et de nombreux psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières et éducateurs parlent de la maladie mentale comme s'il s'agissait d'un phénomène homogène, ce qui est une erreur grave tant du point de vue politique que sur le plan scientifique. Les phénomènes observés dans les hôpitaux psychiatriques, les services de consultations externes et dans les cabinets privés sont hétérogènes et ont de nombreuses causes et des symptômes différents qui exigent souvent des traitements et des soins très différents. Considérez, par exemple, la série d'affections qui vont du syndrome cérébral aux troubles de la personnalité en passant par la psychonévrose. Ou encore réfléchissez au fait que ces syndromes sont différents tout comme leurs causes (dans la mesure où elles sont connues) qui résultent d'une multitude de facteurs génétiques et traumatiques et de processus infectieux, dégénératifs, psychologiques, sociaux et culturels. Il en va de même des diverses réactions aux traitements qui vont de bonnes à mauvaises à chaque remède employé. Le fait de ne pas faire les nuances qui s'imposent devant pareille hétérogénéité amène les gens à défigurer la réalité, à prendre de mauvaises décisions en matière de politiques et à déformer l'information transmise au public.

Il convient de signaler que, durant ce colloque, plusieurs intervenants ont souligné l'importance de ne pas perdre de vue l'hétérogénéité des troubles que l'on désigne par des termes comme maladie mentale, toxicomanie et schizophrénie.

Les taux élevés de prévalence des maladies mentales considérées globalement constituent le troisième obstacle. Des études menées au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Norvège, en Suède et dans beaucoup d'autres pays, aboutissent à des taux de prévalence qui se situent entre 15 et 25 p. 100 environ (Leighton, 1982, p. 13; Regier et Goldberg, 1978, p. 691). Nos propres études faites à Stirling County, en Nouvelle-Écosse, révèlent un taux d'environ 20 p. 100, c'est-à-dire situé au milieu de l'échelle (Murphy, 1980).

L'importance de ces chiffres soulève immédiatement des questions de validité. Comme nous l'avons constaté au cours de ce colloque, les spécialistes de la psychiatrie se sont de plus en plus efforcés, durant les 15 dernières années, de rendre les diagnostics plus uniformes et objectifs. On peut, par conséquent, dire avec raison que les maladies représentées par ce taux sont celles qui sont reconnues par les médecins praticiens et qu'on exclut de cette catégorie les personnes qui souffrent d'affections plus bénignes qu'on désigne parfois par les appellations : "angoisse" ou "difficultés existentielles". Les critères d'inclusion sont généralement ceux qu'on retrouve dans la CIM-9 et le DSM-III.

Ainsi, si les chiffres sont valides, cela signifie que les plans des services psychiatriques n'ont jamais été établis de façon réaliste, que ce soit au Canada ou ailleurs. Tous les services sont loin de répondre aux besoins dont font état les chiffres, et il en résulte qu'un grand nombre de personnes atteintes de troubles mentaux ne reçoivent pas suffisamment de services, reçoivent des services inadéquats ou encore n'en reçoivent pas du tout. Il y a également lieu de soupçonner qu'à bien des endroits les personnes les moins malades consomment une part disproportionnée des ressources disponibles. Il n'est pas surprenant que, face à une telle situation, de nombreux décideurs préfèrent ne pas prendre en main un tel panier de crabes.

Je n'insisterai pas davantage sur les taux de prévalence et d'incidence de même que sur leur importance. Ce sujet a été très bien traité au cours de ce colloque par le docteur Bland, ainsi que par le docteur Hennen qui nous a présenté un aperçu de l'apport de l'omnipraticien et du médecin de famille et par d'autres, comme les docteurs McConville et Kedward, qui ont parlé des sous-groupes de malades mentaux.

Le quatrième obstacle à la prestation de services ne se rapporte pas uniquement aux services dispensés aux malades mentaux comme les trois précédents, mais plutôt à l'ensemble des services. Il s'agit du rythme de transformation de notre société. Ce taux accéléré de changement pose un problème parce qu'il rend désuets les services élaborés et conçus aujourd'hui avant même qu'ils ne soient en place. Par ailleurs, bien qu'il influe sur l'ensemble

des services et des organismes sociaux, il apporte sa propre contribution à la maladie mentale. Il est en soi une source de stress pour l'individu, particulièrement lorsqu'il est très rapide et désordonné. Aussi non seulement ajoute-t-il aux problèmes de création et de planification de services, mais encore il contribue à accroître le nombre de malades mentaux.

Pour résumer ce que j'ai dit jusqu'ici, on peut affirmer que le besoin d'un ordre de priorité en ce qui a trait aux services pour malades mentaux découle de deux considérations importantes : la première, ce sont les obstacles majeurs que nous venons de décrire et qui limitent les ressources mises à la disposition des malades mentaux et de ceux qui souhaitent leur fournir des services, tandis que la deuxième consiste en la multiplicité extraordinaire d'objectifs qui drainent de façon désordonnée les ressources disponibles. Cela était vrai dans le microcosme de notre centre rural de santé mentale ainsi qu'au cours des deux cents ans d'histoire de la psychiatrie moderne.

Depuis le grand mouvement en faveur de l'hôpital psychiatrique qui a vu le jour au début du dix-neuvième siècle jusqu'au centre de santé mentale communautaire d'aujourd'hui, on n'a cessé de faire des efforts afin d'atteindre des objectifs qui ne correspondaient pas aux ressources que la société pouvait ou voulait fournir. Chaque fois, le ressac a été désastreux : les attentes déçues conduisaient à des revirements déroutants de la politique et à l'abandon des malades mentaux. En général, ce sont les malades chroniques qui ont supporté le poids des conséquences.

Les objectifs multiples qui dispersent les ressources de même que les objectifs trop ambitieux qui les drainent conduisent à ce que j'aime appeler la "trilogie fatale", c'est-à-dire la sous-estimation du nombre de patients, le manque de personnel et l'insuffisance de fonds. Examinons brièvement ces trois éléments.

Les politiques et les programmes ont très souvent été établis sans égard pour l'ampleur du problème auquel ils étaient censés remédier. En général, on n'a pas cherché à connaître le nombre de personnes qui recevraient éventuellement des soins dans les établissements proposés - qu'il s'agisse d'hôpitaux, de centres d'hygiène mentale ou de centres psychiatriques. On ignorait également quelle proportion des clients potentiels souffraient d'affections graves et chroniques et auraient besoin de soins de longue durée.

Par conséquent, les établissements de santé créés par chaque mouvement furent débordés de demandes de services. Cela signifiait, il va sans dire, que le nombre d'employés prévus pour les services envisagés dans chacun des mouvements n'était pas suffisant, même dans les meilleures circonstances. Toutefois, même si les services n'avaient pas été encombrés, il n'y aurait pas encore eu suffisamment de ressources humaines. Au cours des ans, depuis le traitement moral jusqu'à nos jours, on a à maintes reprises observé et déploré deux types de lacunes. La première concerne le nombre d'employés : l'incapacité absolue de trouver suffisamment de gens pour permettre aux hôpitaux,

aux centres médicaux et aux services communautaires de fonctionner adéquatement. La seconde est d'ordre qualitatif, un proportion importante des aliénistes, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, conseillers, infirmières et préposés que l'on recrutait n'avaient pas la formation ou la motivation voulue, et dans certains cas, ni l'une ni l'autre.

Il convient de reconnaître qu'il n'est pas facile de fournir des soins de qualité aux personnes qui souffrent de troubles mentaux graves. Cela demande des gens intéressés, qui possèdent les aptitudes et la formation requises et qui font preuve d'un dévouement rare. En résumé, si l'on avait sous-estimé l'ampleur de la tâche que représentait la réalisation des objectifs et des plans de services dans les différents mouvements de prévention et de soins, on avait considérablement surestimé la capacité de la société de fournir les ressources humaines nécessaires.

Le fait d'avoir surestimé la capacité et la volonté de la société de fournir les fonds nécessaires constitue le troisième élément de la trilogie fatale. À l'exception de périodes d'enthousiasme délirant, les fonds destinés aux mouvements de prévention et de soins n'ont jamais suffi à en assurer le succès, même en l'absence de tout autre obstacle. En effet, durant l'essor de ces mouvements, les attentes et les plans des participants dépassaient en général largement les fonds qui leur étaient consacrés. Puis quand le déclin survenait, les participants avaient tendance à mener des combats d'arrière-garde, en apportant des correctifs pour s'adapter à ce qui, selon eux, ne serait qu'une nécessité temporaire.

La trilogie fatale que constituent le surpeuplement, le manque de personnel et l'insuffisance de fonds entraînait fatalement la mise sur pied d'établissements incompétents dont l'action était plus dommageable que bénéfique. Telle est la situation qui persiste depuis près de deux siècles et depuis presque deux siècles les gens ont évité d'y faire face et ont cherché ailleurs des explications.

Nous qui nous passionnons pour la prévention et le traitement de la maladie mentale, tout comme d'autres enthousiastes, sommes portés à qualifier de malveillants ceux qui s'opposent à nous. Toutefois, la question centrale n'en est pas une d'altruisme par opposition à l'indifférence et à l'égoïsme, aussi réels soient-ils, mais elle réside plutôt dans la gestion de ressources limitées, dans les choix difficiles que nous devons faire entre différents types d'objectifs humanitaires et entre des objectifs qui ont trait à la survie de l'être humain. La pauvreté, la malnutrition, le crime, la limitation des armes nucléaires, la pollution et la défense nationale ne sont que quelques exemples d'autres secteurs auxquels il faut également affecter des ressources. Les choix sont difficiles à faire, mais il faut malgré tout les faire et les faire judicieusement. De nos jours, aucun de nous ne peut se permettre d'avoir l'esprit de clocher.

Avant d'établir un ordre de priorité, il faut se mettre d'accord sur les critères à appliquer. Dans un article qu'il a rédigé il y a quelques années, Sartorius (1977) a proposé trois facteurs importants comme critère : la capacité de traiter, la prévalence et l'incapacité. Bien que ces critères

concordent avec les conclusions de nos recherches, je serais porté à commencer par une quatrième catégorie, à savoir la gravité. Nous sommes chanceux à cet égard d'avoir aujourd'hui des avantages dont ne bénéficiaient pas nos prédécesseurs. Parmi ceux-ci, mentionnons la vague d'intérêt actuelle pour la nosologie, comme on l'a souligné à maintes reprises au cours de ce colloque. Il existe des degrés implicites de gravité à l'intérieur de certaines catégories diagnostiques, de sorte que la schizophrénie, par exemple, est plus grave que l'anxiété, étant donné que le pronostic est en général beaucoup plus sévère.

Un autre critère est celui que le docteur Bland a effleuré, soit l'incapacité. Il s'agit d'un aspect pour lequel les instruments scientifiques, tant cliniques qu'épidémiologiques, sont peu développés et mal utilisés. Comme l'a précisé le docteur Bland, il faut établir des critères bien définis et pratiques en ce qui concerne l'incapacité de même que son corollaire, l'issue de la maladie.

La capacité de traiter les différentes catégories de maladies mentales constitue une autre série de critères. Comme chacun le sait, il existe maintenant des médicaments et des formes de thérapies, comme la chlorpromazine, le lithium et la modification du comportement, qui s'avèrent efficaces dans une proportion importante de cas appartenant à certaines catégories diagnostiques. La recherche, non seulement dans le domaine de la pharmacologie, mais encore en matière de psychothérapie, progresse rapidement, et l'on peut s'attendre à ce que cette situation se poursuive dans un avenir prévisible. Dans ce domaine, il faut donc établir les critères de manière à pouvoir fréquemment les réviser et modifier leur valeur lors de la détermination de l'ordre de priorité.

La prévalence des troubles dans la population permet, comme nous l'avons noté, d'établir encore un autre groupe de critères. Ceux-ci pourraient reposer sur l'idée qu'un trouble devrait d'autant plus attirer l'attention qu'il est généralisé dans la population. Les taux de prévalence deviennent particulièrement pertinents lorsqu'ils sont combinés à des mesures d'incapacité. C'est un domaine, toutefois, qui doit faire l'objet de recherche beaucoup plus active et dont le développement pourrait constituer un apport important.

Ces quatre critères étant définis, j'aimerais dire aux professionnels et aux associations de la santé mentale qu'il est maintenant temps de tenir des conférences et de présenter des énoncés de principe sur ces critères et d'autres en vue de fixer un ordre de priorité uniforme et codifié.

En faisant cette suggestion, je ne sous-estime pas les désaccords qui surgiront. Il y a lieu, toutefois, d'être optimiste et de penser qu'on peut en venir à bout. De nombreux intervenants dans le domaine de la santé mentale sont maintenant beaucoup plus sensibilisés à ses lacunes. Les dispensateurs de soins primaires, qui traitent d'ordinaire plus de malades psychiatriques que n'importe qui d'autre, comme l'a fait remarquer le docteur Hennen, adoptent maintenant une attitude plus franche, moins évasive et moins subjective à l'égard des maladies mentales. La psychiatrie devient plus objective et moins imprégnée d'idéologie. L'épidémiologie s'est développée au point d'être

maintenant en mesure de recueillir des données heuristiques et utiles sur la distribution des maladies mentales dans diverses populations, sur les facteurs qui y sont associés et l'incidence que peuvent avoir les services de santé mentale sur le cours et l'issue de ces troubles.

À mon avis, le DSM-III représente à cet égard un modèle extrêmement encourageant et instructif. De nombreux prophètes, dont moi-même, auraient juré que c'était impossible. Toutefois, Spitzer et ses collègues au moyen d'approximations successives et de réunions avec tous les intéressés, qu'ils fussent pour ou contre, ont fini par aboutir à un consensus qui, s'il n'était pas universel, a néanmoins permis de faire des progrès importants dans les domaines du traitement, de l'enseignement, de l'administration et de la recherche. On peut faire de même avec les critères concernant l'ordre de priorité. Il convient donc de demander aux technocrates et aux planificateurs des gouvernements de nous aider à avancer.

En conclusion, j'aimerais demander si ce colloque pourrait être le point de départ d'une nouvelle initiative en vue de l'établissement de critères reconnus. La meilleure façon d'y arriver serait probablement d'avoir plusieurs groupes travaillant sur différents sujets, en commençant par ceux que nous avons utilisés ici : les enfants, les personnes âgées, le malade chronique et l'alcoolique. Il conviendrait d'ajouter à cette liste les personnes angoissées et déprimées qui, par l'entremise des omnipraticiens et des médecins de famille, consomment une large part des services dispensés.

On peut également penser à de nombreux autres groupes et divisions. Notre but serait d'établir un processus par lequel les différents intervenants présenteraient des mémoires qui pourraient être comparés, étudiés, reformulés, discutés et synthétisés.

Il pourrait en résulter un ordre de priorité en matière de recherche mais, à mon avis, il faudrait commencer par les critères applicables à la prestation de services et laisser la recherche emboîter le pas. La solidarité entre les professionnels à propos des critères et de l'ordre de priorité renforcerait notre capacité d'obtenir le respect et l'attention du public et des décideurs.

Références

Jones, K. Deinstitutionalization in context. Milbank Memorial Fund Quarterly - Health and Society, 1979, 57, No 4, 427 et 553.

Leighton, A.H. Caring for mentally ill people: psychological and social barriers in historical context, Cambridge University Press, 1982.

Murphy, J.M., Continuities in community-based psychiatric epidemiology. Archives of General Psychiatry, 1980 37, 1215-1223.

Regier, D.A., Goldberg, I.D. et Taube, C.A. The De Facto U.S. Mental Health Service System, A Public Health Perspective, Archive of General Psychiatry, 1978, 35, 691.

Sartorius, N. Priorities for Research Likely to Contribute to Better Provision of Mental Health Care, Social Psychiatry, 1977, 12 171-184.

LE MOT DE LA FIN

ROGER BLAND
Département de psychiatrie
Université de l'Alberta
Président, Comité consultatif de la recherche en santé mentale

Nous avons commencé par nous interroger sur la façon dont l'ordre de priorité était établi, l'impression générale étant qu'il n'était pas défini de façon cohérente et que les conclusions de recherches scientifiques n'étaient prises en considération ni dans la définition de l'ordre de priorité ni dans la prestation des services. Notre propos était d'examiner les conclusions de recherches en ce qu'elles ont trait aux services prioritaires. Nous avons sélectionné quelque peu arbitrairement plusieurs groupes cibles : les personnes âgées, les enfants, les criminels, les malades chroniques et les alcooliques. Selon le docteur Sartorius, il s'agissait là d'un excellent exemple de démarche "horizontale". Mais nous avons ajouté à notre analyse une autre dimension. Ainsi, nous nous sommes intéressés au diagnostic, à la prévalence, à l'incapacité, à la capacité de traiter et de prévenir. Autrement dit, notre analyse avait deux dimensions.

Le docteur Sartorius a soulevé d'autres points, notamment le scepticisme. En effet, on a tendance à partir du principe que, de toute manière, les hommes de science sont des gens irresponsables qui sont incapables de s'entendre entre eux, donc on se demande pourquoi on devrait prêter attention à leurs suggestions. Le docteur Sartorius a ajouté que les conclusions des recherches doivent être plausibles, présentables, compréhensibles et frappantes. C'est là qu'intervient la presse. Nous ne pouvons sous-estimer le rôle de la presse dont l'influence sur les politiques est au moins aussi grande que celle des hommes de science.

Il est dangereux de faire trop de promesses et d'être incapable de les tenir. On s'expose de cette manière à perdre sa crédibilité.

Il existe en outre une certaine confusion quant à la définition des termes politique, priorité, objectif à court terme, objectif à long terme, procédure, gestion, services et modalités thérapeutiques. Il n'est guère facile de faire la distinction entre ces notions. Si l'élaboration de politiques est l'apanage des politiciens, à qui ceux-ci s'adressent-ils pour obtenir des conseils? Si nous, professionnels ou hommes de science qui oeuvrons dans le domaine de la santé mentale, ne souscrivons pas aux politiques et à l'ordre de priorité adopté par les politiciens, nous n'arriverons pas à faire valoir nos programmes et à retenir leur attention. Si la santé mentale est perçue comme un domaine qui présente de l'intérêt sur le plan politique, elle deviendra importante aux yeux des instances politiques.

Nous avons parlé de l'amélioration de l'épidémiologie, de l'orientation des efforts en biochimie, de l'absence de mesures satisfaisantes de l'incapacité, de l'augmentation de la masse de données en matière de prévention, des mesures sociales et de la santé mentale dans le contexte plus vaste de la société.

Tout cela étant dit, est-ce possible d'établir un ordre de priorité à l'échelle nationale? Le docteur Leighton a proposé diverses façons de procéder à cet égard. Je me demande dans quelle mesure on arrivera à concilier les points de vue sur la question. Peut-être parviendrons-nous à une entente sur certaines questions générales, tout en laissant une certaine marge de manoeuvre aux autorités locales.

Le docteur Sartorius a également fait allusion au décalage de 20 ans qui existe entre le moment où paraissent les conclusions de recherches et le moment où elles sont prises en considération dans l'élaboration de programmes. Nous avons certainement observé ce phénomène dans les effets des campagnes de santé publique ayant trait à la consommation de tabac et d'alcool, et c'est sans doute valable pour d'autres domaines.

Nous n'avons pas fait allusion au rôle du leadership, de la motivation et de la gestion dans le domaine des services. À mon avis, cela fait défaut dans bon nombre de programmes nationaux et provinciaux. Même si l'on a toutes les preuves voulues à l'appui d'une mesure quelconque, on n'ira pas très loin si l'on n'est pas disposé à prendre l'initiative et si on n'a pas à son service un personnel professionnel dévoué et enthousiaste. C'est pourquoi je me demande si le leadership, la motivation et la gestion ne devraient pas représenter en soi une priorité si l'on veut faire bouger les choses.

PARTICIPANTS AU SYMPOSIUM

ARCHIBALD, Dr Douglas	Halifax, Nouvelle-Écosse
BARKOW, Dr Jerry	Halifax, Nouvelle-Écosse
BARNES, Dr David	Kitchener-Waterloo, Ontario
BARR, M. Dennis	Edmonton, Alberta
BEISER, Dr M.	Vancouver, Colombie-Britannique
BLANCHER, Dr Madeleine	Sillery, Québec
BLAND, Dr R.C.	Edmonton, Alberta
BOULTON, Dr A.	Saskatoon, Saskatchewan
BRANT, Dr Clare	London, Ontario
BROWN, Dr Donald C.	Halifax, Nouvelle-Écosse
CAMPBELL, Dr Dugal	Hamilton, Ontario
CLAYTON, Dr John	Burlington, Ontario
REMPLE, M. Stan	Victoria, Colombie-Britannique
CORIN, Dr Ellen	Montréal, Québec
DELANEY, M. Leonard	Fredericton, Nouveau-Brunswick
DOANE, Dr B.K.	Halifax, Nouvelle-Écosse
DONGIER, Dr M.	Montréal, Québec
DUGUAY, Dr Robert	Montréal, Québec
FONTAINE, Mme Nicole	Toronto, Ontario
FREEMAN, Dr Stanley	Toronto, Ontario
GIESBRECHT, Dr Norman	Toronto, Ontario
GLASER, Dr Fred	Toronto, Ontario
GOLD, Dr Judith	Halifax, Nouvelle-Écosse
HARNOIS, Dr Gaston	Verdun, Québec
HENNEN, Dr Brian	Halifax, Nouvelle-Écosse
HUMPHREY, Dr Barry	Hamilton, Ontario
JEFFRIES, Dr Joel	Toronto, Ontario
KEDWARD, Dr H.B.	Toronto, Ontario
LAMARCHE, Marie-Josée	Montréal, Québec
MARTIN, Mme Debbie Sue	St. John's, Terre-Neuve
KOVESS, Dr Viviane	Verdun, Québec
KRAMES, Dr Lester	Toronto, Ontario
LAPIERRE, Dr Y.	Montréal, Québec
LEIGHTON, Dr Alexander	Halifax, Nouvelle-Écosse
LIPSCOMB, Dr Colin	Saskatoon, Saskatchewan
MARTIN, Dr Robert	Winnipeg, Manitoba
MORRISON, Barry	Calgary, Alberta
MURPHY, Dr H.B.N.	Montréal, Québec
MURPHY, Dr Jane	Halifax, Nouvelle-Écosse
McCONVILLE, Dr B.	Kingston, Ontario
OFFORD, Dr Dan	Hamilton, Ontario
PORTEOUS, M. Alex	Sydney, Colombie-Britannique
ROHN, M. George	Toronto, Ontario
ROSS, Dr Helen	Toronto, Ontario
RYAN, Dr Bruce	Edmonton, Alberta
SARTORIOUS, Dr Norman	Suisse
SEEMAN, Dr Mary	Toronto, Ontario
SKINNER, Dr Harvey	Toronto, Ontario
STANDAGE, Dr Kevin	St. John's, Terre-Neuve
TOEWS, Dr John	Winnipeg, Manitoba
TRIANTAFILLOU, Dr Mark	Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard
VALLA, Dr Jean Pierre	Verdun, Québec
VIKIS-FREIBERGS, Dr Vaira	Montréal, Québec
WEBSTER, Dr Chris	Toronto, Ontario
YARSKE, M. John I.	Régina, Saskatchewan
WATTIE, Dr Brenda	Ottawa, Ontario
WILLIAMS, Mme Ivy	Ottawa, Ontario
NERA, Mme Nena	Ottawa, Ontario
BLOUIN, M. Claude	Ottawa, Ontario